

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ COPD GIAI ĐOẠN ỔN ĐỊNH

TS. PHAN THU PHƯƠNG
PGĐ Trung tâm Hô Hấp – Bệnh viện Bạch Mai

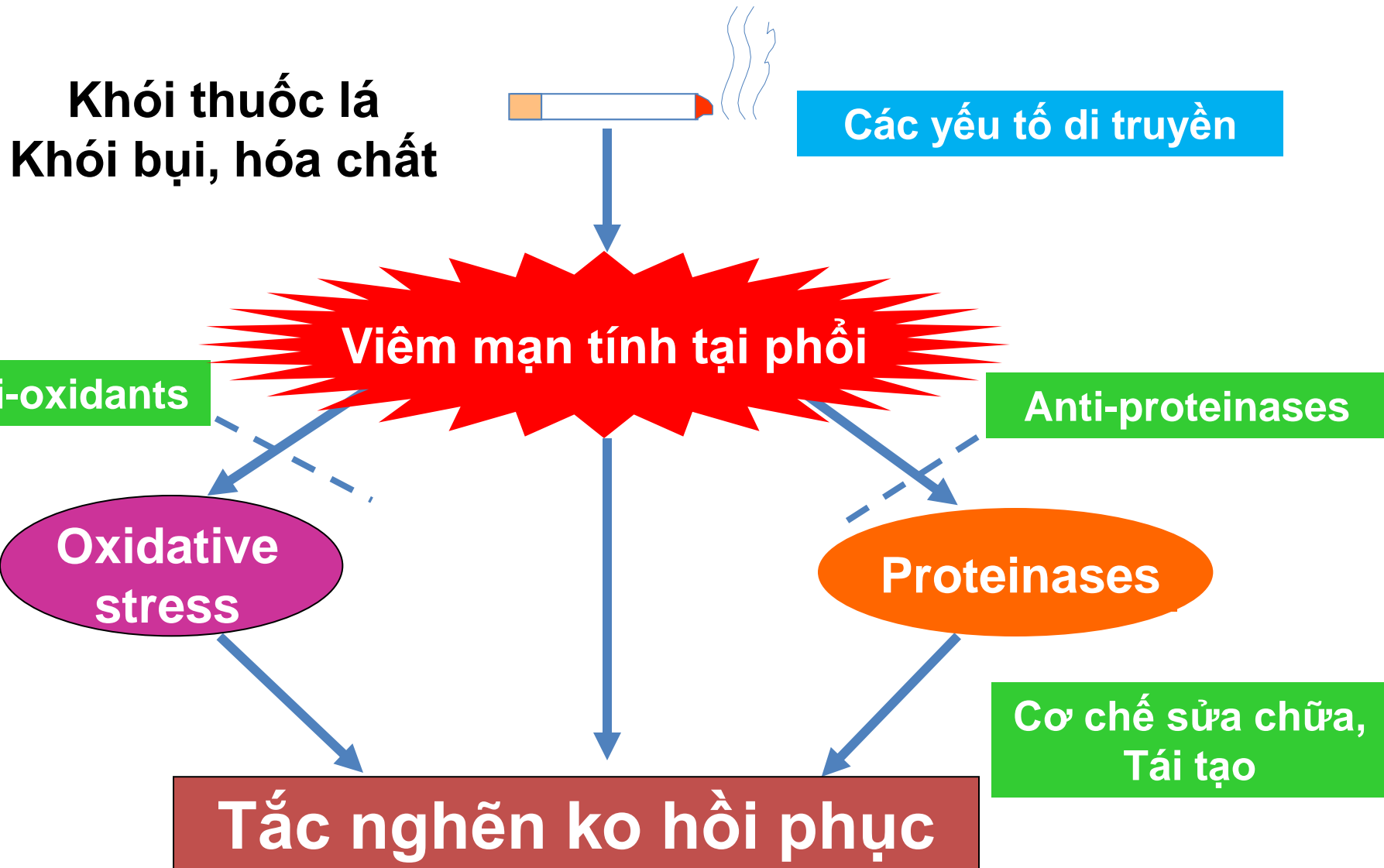


COPD – ĐẠI CƯƠNG

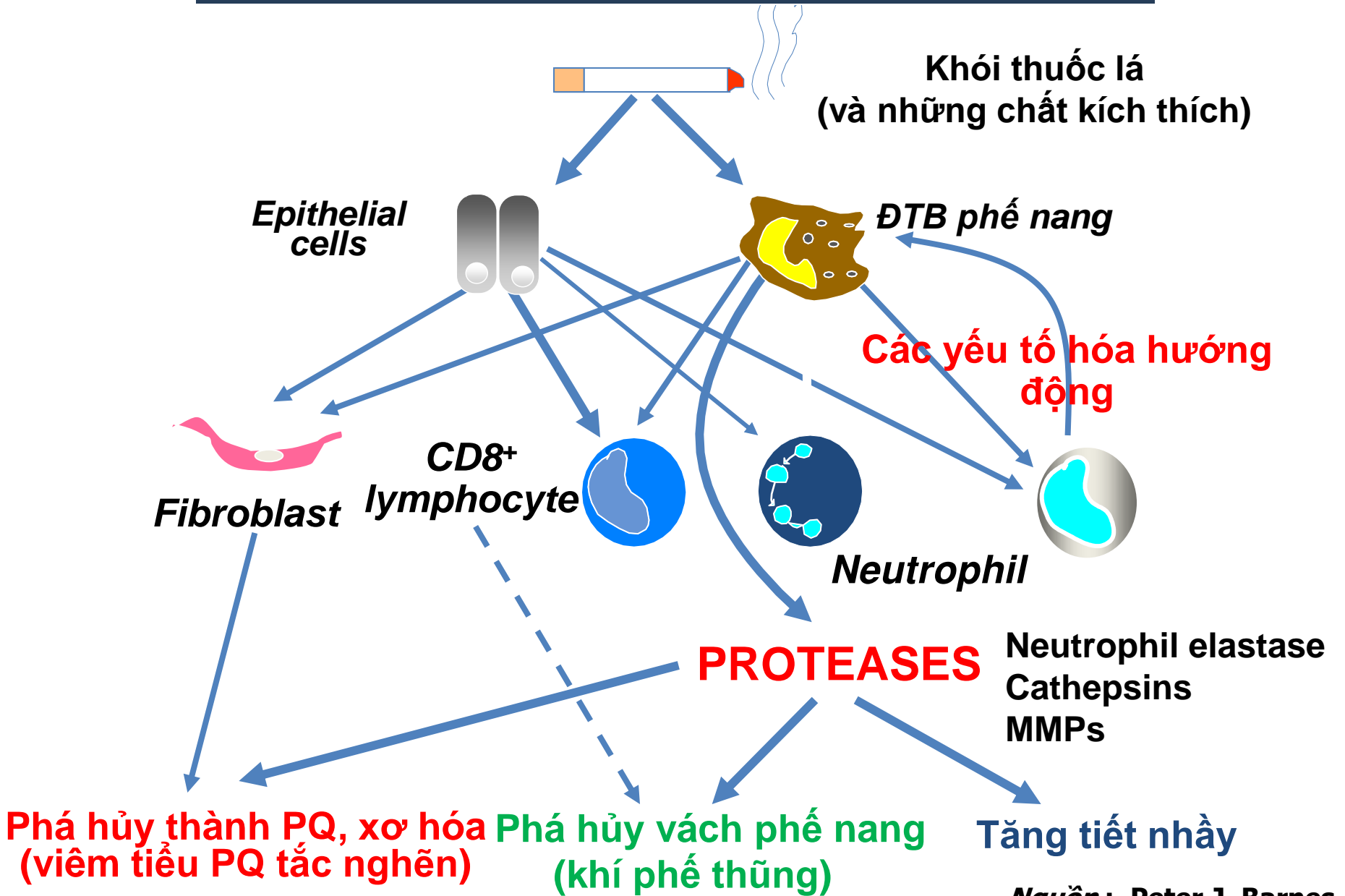
❖ COPD đặc trưng bởi:

- Hạn chế lưu lượng thở ra không hồi phục hoàn toàn
- Tổn thương mô bệnh học:
 - Phế quản (tắc nghẽn đường thở)
 - Nhu mô phổi (giãn phế nang)
- Có các biểu hiện ngoài phổi liên quan đến đáp ứng viêm hệ thống
- Các bệnh lý đồng mắc

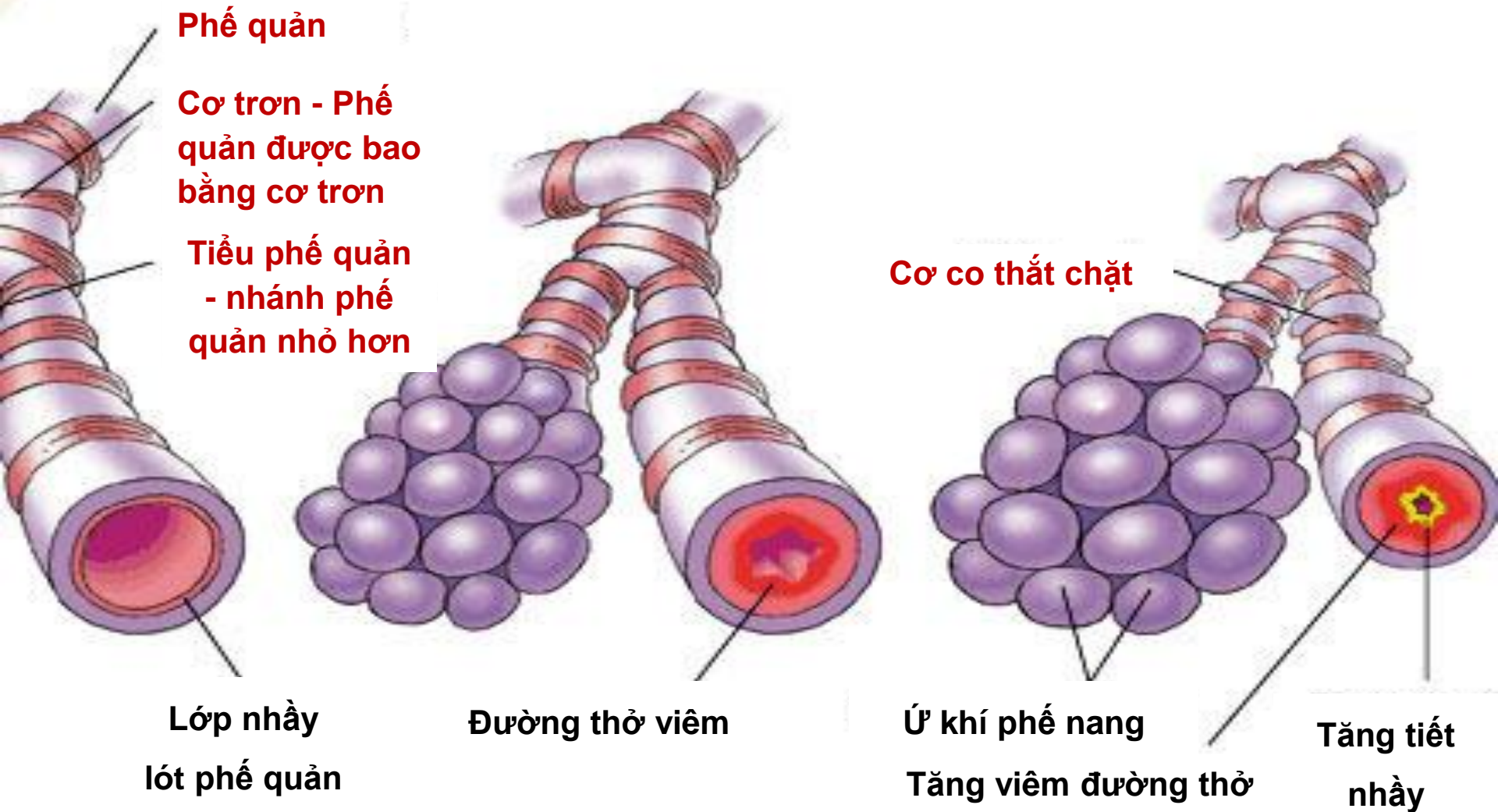
SINH LÝ BỆNH COPD



TẾ BÀO VIÊM TRONG COPD



BỆNH HỌC CỦA COPD



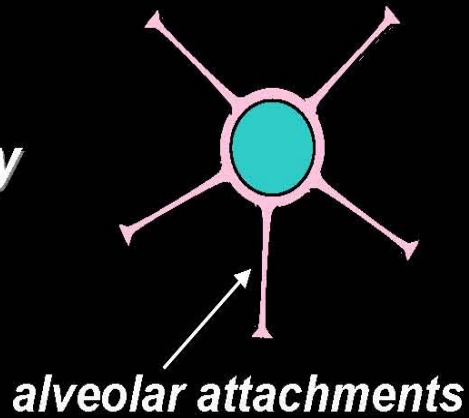
AIR TRAPPING IN COPD

Normal

COPD

Inspiration

*small
airway*



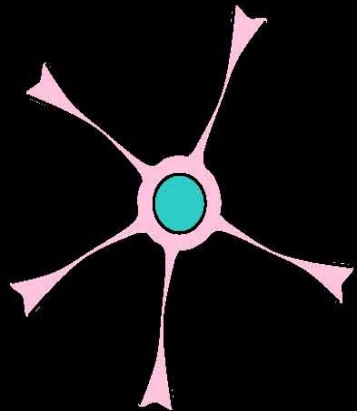
Inflammation

thickened airway

*loss of alveolar attachments
loss of elasticity (emphysema)*



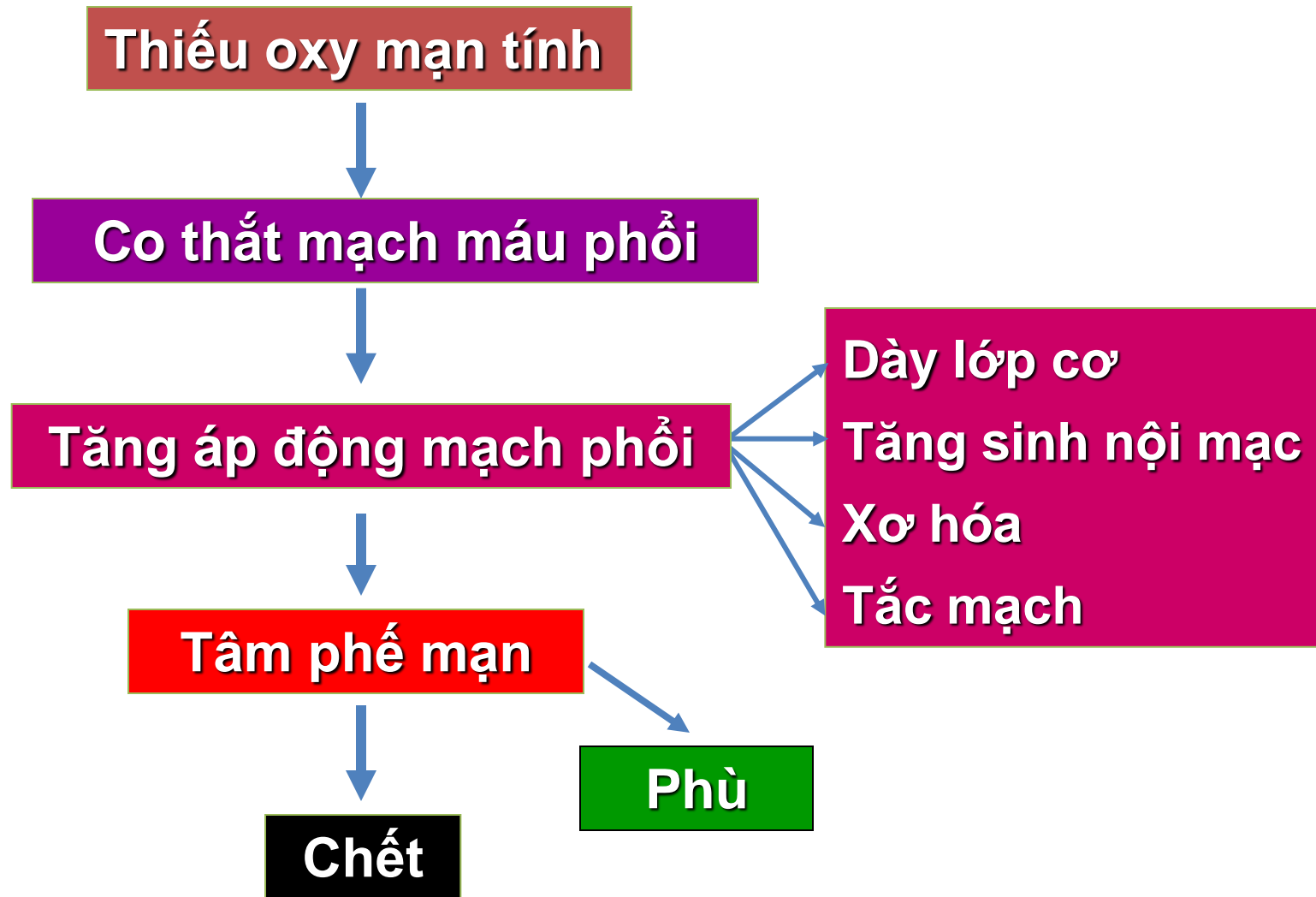
Expiration



airway closure



TĂNG ÁP ĐỘNG MẠCH PHỔI TRONG COPD



CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY COPD

❖ Yếu tố nguy cơ của COPD

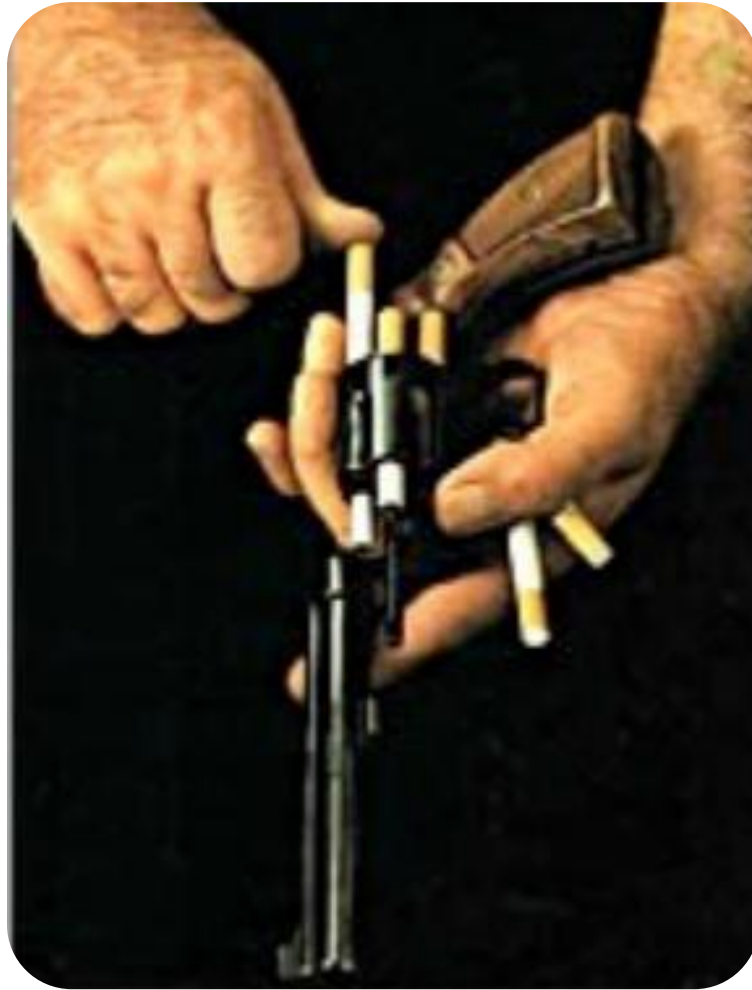
☐ Yếu tố môi trường:

- Hút thuốc chủ động và thụ động
- Ô nhiễm môi trường trong nhà và ngoài
 - Khói bếp
 - Bụi, khí thải công nghiệp
- Nghề nghiệp

☐ Yếu tố nội tại:

- Thiếu hụt men alpha 1 antitrypsine
- Tăng tính phản ứng phế quản
- Bất thường trong quá trình trưởng thành của phổi

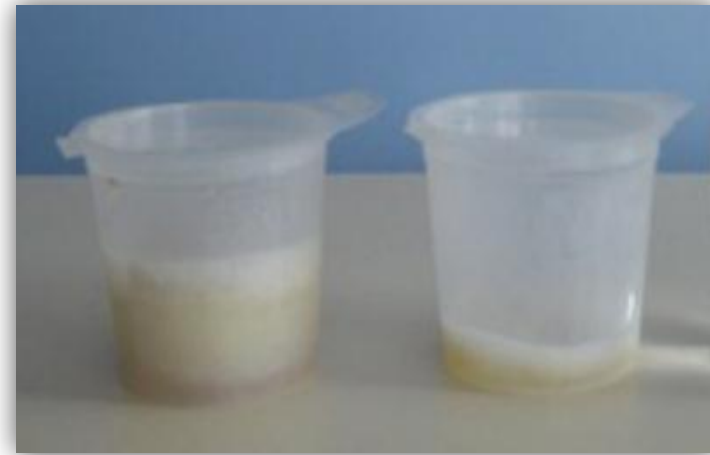
THUỐC LÁ LÀ NGUYÊN NHÂN CHÍNH CỦA >90% BỆNH NHÂN COPD



TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG CỦA COPD

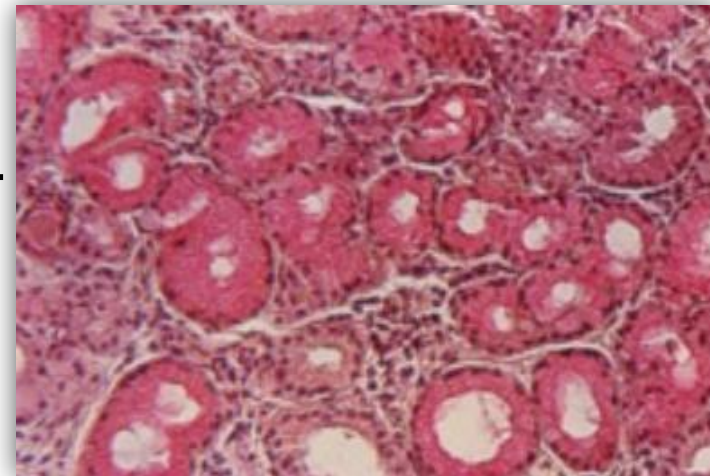
❖ Triệu chứng lâm sàng:

- Ho, khạc đờm mạn tính
- Thường khạc đờm về buổi sáng
- Khó thở tăng dần



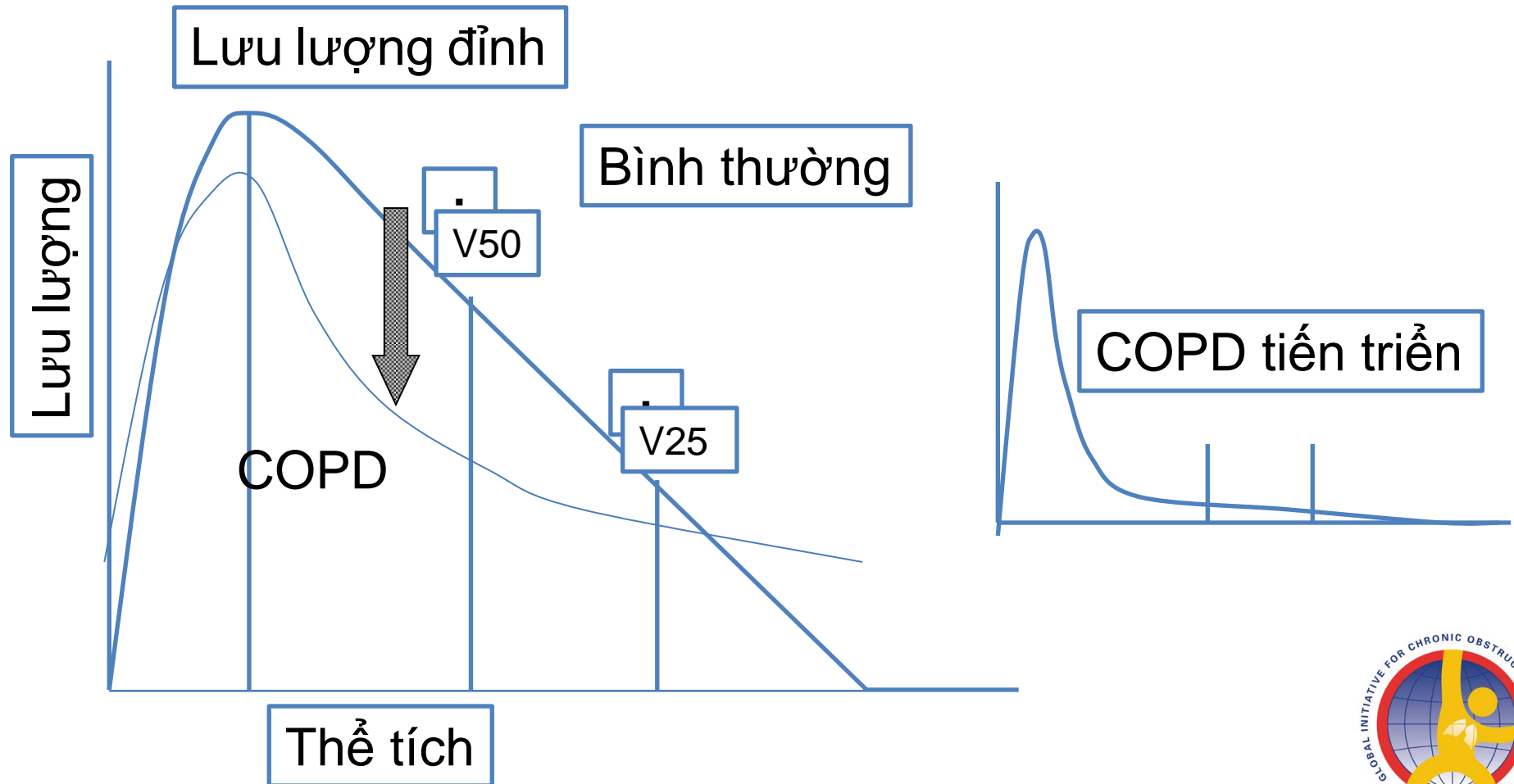
❖ Thăm khám có thể có hoặc không:

- Lồng ngực hình thùng, gõ vang
- RRFN giảm, ran rít ran ngáy, ran nổ...
- Các triệu chứng của tâm phế mạn



CNHH CỦA BỆNH NHÂN COPD

**Rối loạn thông khí tắc nghẽn không hồi phục hoàn toàn
 $FEV_1/FVC < 70\%$ SAU TEST HPPQ**



CNHH CỦA BỆNH NHÂN COPD

<i>Results</i>						
Results	Pred	Pre	%Prd	Post	%Prd	%Chg
SVC (L)	3.05	▣1.87	61%	▣2.37	78%	27%
FVC (L)	*3.05	▣1.96	64%	▣2.32	76%	18%
FEV1 (L)	*2.27	▣0.87	38%	▣1.08	48%	25%
FEV1/FVC	0.74	▣0.44	60%	▣0.47	63%	5%
FEV6 (L)	3.05	▣1.71	56%	▣2.11	69%	23%
FEF25-75% (L/s)	1.97	▣0.29	15%	▣0.39	20%	35%
Vext %	---	2.04	---	1.07	---	-48%
IC (L)	---	0.92	---	1.34	---	46%
PEFR (L/s)	7.01	▣1.67	24%	▣2.37	34%	42%
Exp time (s)	---	8.63	---	8.06	---	-7%
FIVC (L)	*3.05	1.90	62%	1.47	48%	-23%
FIV1 (L)	*---	1.91	---	---	---	---
FIV1/FIVC	---	1.01	---	---	---	---
	---	2.15	---	0.79	---	-63%

CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH



CHẨN ĐOÁN COPD NHƯ THẾ NÀO?

LÂM SÀNG

Ho kéo dài tái đi tái lại

Khạc đờm kéo dài

Khó thở gắng sức

YẾU TỐ NGUY CƠ

Hút thuốc lá, thuốc lào

Tiếp xúc nghề nghiệp

Ô nhiễm môi trường

RLTKTN không hồi phục sau nghiệm pháp giãn phế quản
chỉ số Gaensler (FEV_1/FVC) $< 70\%$



CHẨN ĐOÁN MỨC ĐỘ NẶNG

❖ **Đánh giá giai đoạn (mức độ nặng) của COPD**


- Triệu chứng lâm sàng: ho khạc đờm, khó thở, hoạt động thể lực, chất lượng cuộc sống.
 - mMRC
 - CAT
- Nguy cơ nặng của COPD.
 - Mức độ tắc nghẽn đường thở: FEV₁
 - Tiền sử đợt cấp
- Các bệnh đồng mắc.

LƯỢNG GIÁ: MỨC ĐỘ NẶNG

Khó thở khi gắng sức mạnh	0
Khó thở khi đi vội trên đường bằng hoặc đi lên dốc nhẹ	1
Đi bộ chậm hơn người cùng tuổi vì khó thở hoặc phải dừng lại để thở khi đi cùng với tốc độ của người cùng tuổi trên đường bằng	2
Phải dừng lại để thở khi đi bộ khoảng 100 m hay vài phút trên đường bằng	3
Khó thở nhiều đến nỗi không thể ra khỏi nhà, khi thay quần áo	4

Họ tên:

Ngày đánh giá:



**Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) của ông/bà như thế nào?
Hãy sử dụng công cụ đánh giá BPTNMT™ (CAT)**

Bộ câu hỏi này sẽ giúp ông/bà và các nhân viên y tế đánh giá tác động của BPTNMT ảnh hưởng lên sức khỏe và cuộc sống hàng ngày của ông/bà. Nhân viên y tế sẽ sử dụng những câu trả lời của ông/bà và kết quả đánh giá để giúp họ nâng cao hiệu quả điều trị BPTNMT của ông/bà và giúp ông/bà được lợi ích nhiều nhất từ việc điều trị.

Đối với mỗi mục dưới đây, có các ô điểm số từ 0 đến 5, xin vui lòng đánh dấu (X) vào ô mô tả đúng nhất tình trạng hiện tại của ông/bà. Chỉ chọn một trả lời cho mỗi câu hỏi.

Ví dụ: Tôi rất hạnh phúc 0 **X** 2 3 4 5 Tôi rất buồn

		ĐIỂM
Tôi hoàn toàn không ho	0 1 2 3 4 5	Tôi ho thường xuyên
Tôi không có chút đàm (đờm) nào trong phổi	0 1 2 3 4 5	Trong phổi tôi có rất nhiều đàm (đờm)
Tôi không có cảm giác nặng ngực	0 1 2 3 4 5	Tôi có cảm giác rất nặng ngực
Tôi không bị khó thở khi lên dốc hoặc lên một tầng lầu (gác)	0 1 2 3 4 5	Tôi rất khó thở khi lên dốc hoặc lên một tầng lầu (gác)
Tôi không bị hạn chế trong các hoạt động ở nhà	0 1 2 3 4 5	Tôi rất bị hạn chế trong các hoạt động ở nhà
Tôi yên tâm ra khỏi nhà dù tôi có bệnh phổi	0 1 2 3 4 5	Tôi không yên tâm chút nào khi ra khỏi nhà bởi vì tôi có bệnh phổi
Tôi ngủ ngon giấc	0 1 2 3 4 5	Tôi không ngủ ngon giấc vì có bệnh phổi
Tôi cảm thấy rất khỏe	0 1 2 3 4 5	Tôi cảm thấy không còn chút sức lực nào

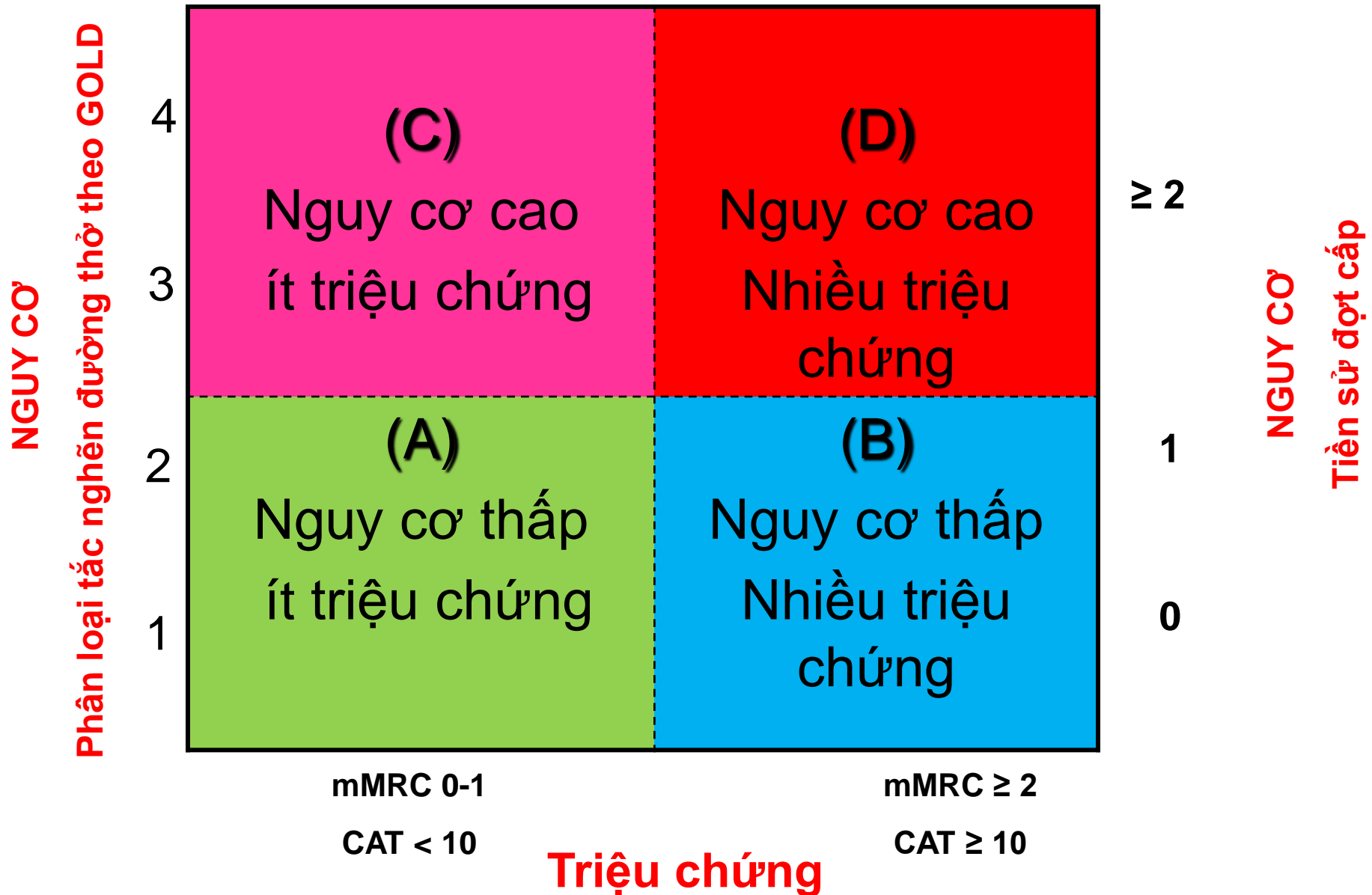
Đánh giá BPTNMT™ và logo CAT là thương hiệu của tập đoàn GlaxoSmithKline
© 2003 GlaxoSmithKline. Bản quyền được bảo vệ.

TỔNG ĐIỂM

MỨC ĐỘ TẮC NGHẼN ĐƯỜNG THỞ

Giai đoạn	FEV_1/FVC	% FEV_1 so với dự đoán
I : Nhẹ	$<70\%$	$\geq 80\%$
II : TB	$<70\%$	$50\% \leq FEV_1 < 80\%$
III : Nặng	$<70\%$	$30\% \leq FEV_1 < 50\%$
IV : Rất nặng	$<70\%$	$FEV_1 < 30\%$ hoặc $FEV_1 < 50\% +$ suy hô hấp mạn, TĐMP

CHẨN ĐOÁN MỨC ĐỘ NẶNG COPD



ĐÁNH GIÁ COPD TOÀN DIỆN

Phân loại BN	Đặc điểm	Phân loại CNHH	Đợt cấp/năm	mMRC	CAT
A	Nguy cơ thấp ít TC	GOLD 1-2	≤ 1	0 - 1	< 10
B	Nguy cơ thấp TC nhiều hơn	GOLD 1-2	≤ 1	≥ 2	≥ 10
C	Nguy cơ cao ít TC	GOLD 3-4	≥ 2	0 - 1	< 10
D	Nguy cơ cao TC nhiều hơn	GOLD 3-4	≥ 2	≥ 2	≥ 10

RISK of outcomes based on placebo limb of TORCH*, UPLIFT[†] and ECLIPSE

Phân loại GOLD	Tần suất các cơn kịch phát (được điều trị)/năm	Tần suất nhập viện/ năm	Tử suất trong 3 năm
GOLD 1	?	?	?
GOLD 2	0.7- 0.9	0.11 - 0.2	11% [†]
GOLD 3	1.1-1.3	0.25 - 0.3	15%*
GOLD 4	1.2 - 2.0	0.4 - 0.54	24%*
Stable treatment with non-study medication was permitted in UPLIFT All treatments were permitted in ECLIPSE			

Adapted from GOLD Strategy Document 2011 (<http://www.goldcopd.org/>)

MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ

Giảm triệu chứng	Giảm triệu chứng Cải thiện khả năng gắng sức Cải thiện tình trạng sức khỏe
Giảm nguy cơ	Dự phòng bệnh tiến triển Dự phòng và điều trị cơn kịch phát Giảm tử vong

Có nhiều lựa chọn cho điều trị, các lựa chọn tùy thuộc vào mức độ nặng, khả năng tiếp cận và khả năng dung nạp của người bệnh đối với các trị liệu

CÁC KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ

- **Cá thể hóa điều trị: đánh giá mức độ nặng dựa vào sự phối hợp nhiều thành phần.**
- **Các biện pháp điều trị không thuốc:**
 - Ngừng tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ
 - Tiêm vắc xin phòng cúm
 - Tập phục hồi chức năng

CÁC KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ

- Thuốc giãn phế quản là thuốc chính để điều trị COPD
- Các thuốc GPQ tác dụng kéo dài làm giảm đợt cấp và tần suất nhập viện vì đợt cấp
- Các thuốc GPQ dạng phối hợp (berodual, combivent...) cải thiện triệu chứng tốt hơn và giảm tác dụng phụ gây ra do tăng liều thuốc GPQ dạng đơn lẻ.

CÁC KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ

- Điều trị bằng ICS thường xuyên ở Bn có $FEV1 < 50\%$ cải thiện được triệu chứng, chức năng phổi, chất lượng cuộc sống và giảm tần suất đợt cấp
- ICS + LABA tốt hơn so với ICS đơn thuần ở Bn COPD trung bình tới nặng
- Phối hợp ICS + LABA + Tiotropium mang lại hiệu quả tốt cho Bn

TƯ VẤN CẢI THUỐC LÁ

- ✓ Tìm hiểu lý do ảnh hưởng đến việc cai thuốc lá: Sợ cai thuốc lá thất bại, hội chứng cai thuốc lá, mất đi niềm vui hút thuốc, căng thẳng,...
- ✓ Sử dụng lời khuyên 5A:
 - **Ask – Hỏi:** Xem tình trạng hút thuốc của người bệnh để có kế hoạch phù hợp.
 - **Advise – Khuyên:** Đưa ra lời khuyên đủ sức thuyết phục người bệnh bỏ hút thuốc.
 - **Assess – Đánh giá:** Xác định nhu cầu cai thuốc thực sự của người bệnh
 - **Assist – Hỗ trợ:** giúp người bệnh xây dựng kế hoạch cai thuốc, tư vấn, hỗ trợ và chỉ định thuốc hỗ trợ cai nghiện thuốc lá nếu cần.
 - **Arrange – Sắp xếp:** Có kế hoạch theo dõi, hỗ trợ trực tiếp hoặc gián tiếp để người bệnh cai được thuốc và tránh tái nghiện.

HỖ TRỢ CẢI THUỐC LÁ

Chế phẩm	Liều dùng	Tác dụng phụ
<u>Điều trị thay thế nicotine</u>		
Miếng dán da	7, 14 hoặc 21 mg/ngày Liều thông thường 21 mg/ngày x 6 tuần → 14 mg/ngày x 2 tuần → 7mg/ngày x 2 tuần	(tất cả các chế phẩm nicotine) Đau đầu, mất ngủ, ngủ mê, buồn nôn, chóng mặt, nhìn mờ
Kẹo nhai, viên nuốt	2 - 4 mg mỗi 1- 8h → giảm dần liều	
Thuốc hít	4 mg/cartridge 6 - 16 cartridges/ngày	
Xịt mũi	0,5 mg/lần xịt 1- 2 lần xịt mỗi mũi, mỗi giờ làm 1 lần	
<u>Điều trị không nicotine</u>		
Bupropion ER	150 mg/ngày x 3 ngày → sau đó dùng ngày 2 lần trong 7-12 tuần Dùng thuốc trước cai hút thuốc lá 1 tuần	Chóng mặt, nhức đầu, mất ngủ, buồn nôn, THA, co giật Tránh dùng cùng thuốc ức chế monoamine oxidase

HỖ TRỢ CẢI THUỐC LÁ BẰNG VARENICLINE

1. Thời gian điều trị 12 tuần, có thể kéo dài đến 6 tháng.
2. Liều cố định không cần điều chỉnh
 - Ngày 1 đến 3 → 0,5 mg uống buổi sáng
 - Ngày 4 đến 7 → 0,5 mg x 2 (sáng - chiều)
 - Tuần 2 đến 12 → 1 mg x 2 (sáng - chiều)

CÁC THUỐC GIÃN PHẾ QUẢN

Beta ₂ -agonists
SABA
LABA
Anticholinergics
SAMA
LAMA
Dạng kết hợp SABA + SAMA trong một bình hít
Dạng kết hợp LABA + LAMA trong một bình hít
Methylxanthines
Corticosteroid dạng hít
Dạng kết hợp ICS + LABA trong một bình hít
Corticosteroid đường dùng toàn thân
Phosphodiesterase-4 inhibitors

CÁC THUỐC GPQ

Thuốc	Biệt dược	Liều dùng
Cường beta 2 tác dụng ngắn		
Salbutamol	Salbutamol, Ventoline Salbutamol	<ul style="list-style-type: none">- Viên 4mg, uống ngày 4 viên, chia 4 lần, hoặc- Nang 5mg, KD ngày 4 nang, chia 4 lần, hoặc- Salbutamol 100mcg, xịt ngày 4 lần, mỗi lần 2 nhát
Terbutaline	Bricanyl	<ul style="list-style-type: none">- Viên 5mg, uống ngày 4 viên, chia 4 lần, hoặc- Nang 5mg, KD ngày 4 nang, chia 4 lần
Cường beta 2 tác dụng kéo dài		
Formoterol	Oxis	<ul style="list-style-type: none">- Dạng hít 4,5mcg/ liều. Hít ngày 2 lần, mỗi lần 2 liều
Salmeterol	Serevent	<ul style="list-style-type: none">- Dạng xịt, 25mcg/liều , xịt ngày 2 lần, mỗi lần 2 liều
Bambuterol	Bambec	<ul style="list-style-type: none">- Viên 10mg, uống ngày 1-2 viên, chia 4 lần,
indercaterol	Onbrez	<ul style="list-style-type: none">- Viên hít 150 và 300mg x 1 viên/ngày

CÁC THUỐC GPQ

Thuốc	Biệt dược	Liều dùng
Kháng cholinergic		
Ipratropium bromide	Atrovent	- Nang 2,5ml, KD ngày 3 nang, chia 3 lần
Tiotropium	Spiriva	- Dạng hít ngày 1 viên 18mcg - Dạng phun sương 2,5mcg x nhất xịt/ngày
Kết hợp cường beta 2 tác dụng ngắn và kháng cholinergic		
Fenoterol/ Ipratropium	Berodual	- 500/250mcg/ml, KD ngày 3 lần, mỗi lần pha 1-2ml Ipratropium/fenoterol với 3 ml Natriclorua 0,9% - 50/20 mcg, xịt ngày 3 lần, mỗi lần 2 nhất
Salbutamol/ Ipratropium	Combivent	- Nang 2,5ml, KD ngày 3 nang, chia 3 lần

CÁC THUỐC GPQ

Thuốc

Biệt dược

Liều dùng

Nhóm Methylxanthine

Σ liều (bao gồm tất cả các thuốc nhóm methylxanthine) không quá 10mg/kg/ngày

Không dùng kèm thuốc nhóm macrolide

Aminophylline

Diaphyllin

- Ống 240mg. Pha truyền TM ngày 2 ống, hoặc
- Pha 1/2 ống với 10ml glucose 5%, tiêm tĩnh mạch chậm trong cấp cứu cơn khó thở cấp

Theophylline (SR)

Theostat

- Viên 0,1g hoặc 0,3g. Liều 10mg/kg/ngày, uống chia 2 lần.

CORTICOIDE

Thuốc	Biệt dược	Liều dùng
Glucocorticosteroids dạng phun hít (<i>Cần xúc miệng sau sử dụng</i>)		
Budesonide	Pulmicort xịt, KD	<ul style="list-style-type: none"> Nang 0,5mg. KD ngày 2 - 4 nang, chia 2 lần, hoặc Dạng hít, xịt, 200mcg/ liều. Dùng 2 - 4 liều/ ngày, chia 2 lần.
Fluticasone	Flixotide	<ul style="list-style-type: none"> Nang 5mg, KD ngày 2-4 nang, chia 2 lần
Glucocorticosteroids đường toàn thân		
Prednisone	Prednisone	<ul style="list-style-type: none"> Viên 5mg. Uống ngày 6 - 8v, 1 lần sau ăn sáng. Dùng > 10ngày phải giảm liều dần
Methylprednisolone	Solumdrol Methynol	<ul style="list-style-type: none"> Tĩnh mạch 40mg/ngày trong 7-10 ngày

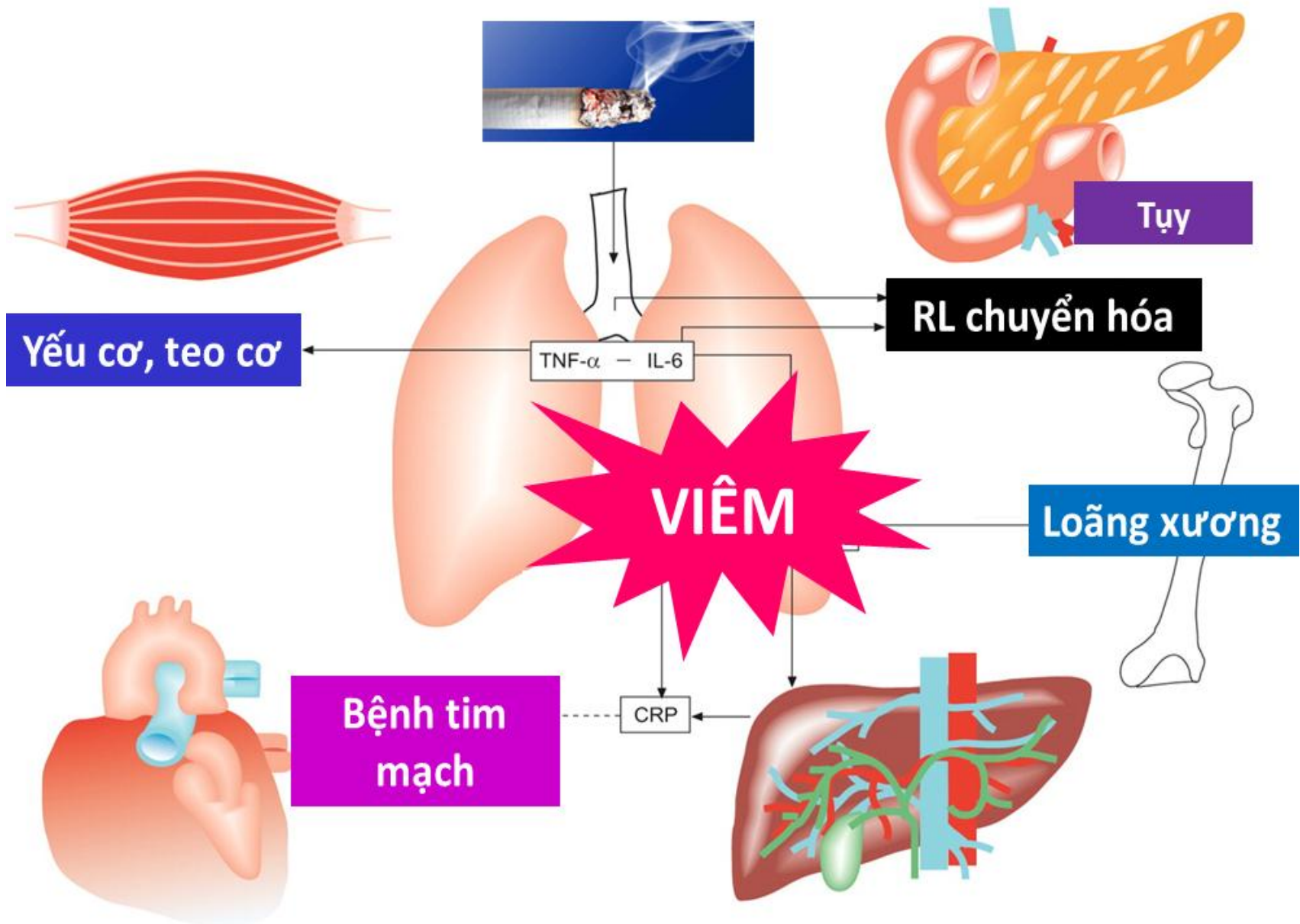
CORTICOIDE + CƯỜNG BETA2

Thuốc	Biệt dược	Liều dùng
Kết hợp cường beta 2 tác dụng kéo dài và Glucocorticosteroids		
Formoterol/ Budesonide	symbicort	<ul style="list-style-type: none">- Dạng ống hít. Liều 160/4,5- Dùng 2-4 liều/ ngày, chia 2 lần
Salmeterol/ Fluticasone	Seretide seroflor	<ul style="list-style-type: none">- Dạng xịt, bột hít.- Liều 50/250 hoặc 25/250 cho 1 liều- Dùng ngày 2-4 liều, chia 2 lần.

LỰA CHỌN THUỐC ĐIỀU TRỊ THEO MỨC ĐỘ NẶNG

NHÓM	LỰA CHỌN ƯU TIÊN	LỰA CHỌN THAY THẾ	THUỐC KHÁC
A	SAMA prn or SABA prn	LAMA or LABA or SABA and SAMA	Theophylline
B	LAMA or LABA	LAMA and LABA	SABA and/or SAMA Theophylline
C	ICS + LABA or LAMA	LAMA and LABA or LAMA and PDE4-inh. or LABA and PDE4-inh.	SABA and/or SAMA Theophylline
D	ICS + LABA and/or LAMA	ICS + LABA and LAMA or ICS+LABA and PDE4-inh. or LAMA and LABA or LAMA and PDE4-inh.	Carbocysteine SABA and/or SAMA Theophylline

CHẨN ĐOÁN BỆNH ĐỒNG MẮC VỚI COPD



Hội chứng chồng lấp asthma - COPD overlap syndrome



GINA Global Strategy for Asthma Management
and Prevention

GOLD Global Strategy for Diagnosis,
Management and Prevention of COPD

HỘI CHỨNG CHỒNG LẤP - ACOS

- ❖ BN có các triệu chứng giống cả hen và COPD và thường có tiên lượng nặng hơn những trường hợp chỉ có 1 bệnh đơn lẻ.
 - Nhiều đợt cấp
 - Chất lượng cuộc sống rất kém
 - Chức năng phổi suy giảm nhanh
 - Tỷ lệ tử vong cao
 - Sử dụng nhiều dịch vụ chăm sóc về y tế hơn
- ❖ Tần xuất ACOS
 - Khoảng 15–55% bệnh nhân bị bệnh lý đường thở mạn tính (trong đó HPQ và COPD chiếm khoảng 15-20%).
 - Tần xuất khác nhau ở hai giới và lứa tuổi

CÁC ĐỊNH NGHĨA

- HPQ (GINA 2014): viêm đường thở mạn tính. Tiền sử có thở rít, khó thở, nặng ngực và ho, tần xuất và cường độ thay đổi theo thời gian, đi kèm với RLTKTN
- COPD (GOLD 2014): tắc nghẽn đường thở không hồi phục, tiến triển xấu dần theo thời gian, liên quan đến phản ứng viêm bất thường của phổi với các phần tử, khí độc hại. Các đợt bùng phát và bệnh đồng mắc góp phần vào tình trạng nặng của bệnh
- ACOS (GINA 2014): đặc trưng bởi RLTKTN không hồi phục với một số đặc điểm có liên quan tới hen và một số đặc điểm liên quan tới COPD. ACOS do đó được xác định bởi những đặc điểm gặp ở hen và COPD.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BN ACOS



STEP 1 DIAGNOSE CHRONIC AIRWAYS DISEASE

Do symptoms suggest chronic airways disease?

Yes

No

Consider other diseases first

STEP 2 SYNDROMIC DIAGNOSIS IN ADULTS

(i) Assemble the features for asthma and for COPD that best describe the patient.
(ii) Compare number of features in favour of each diagnosis and select a diagnosis

Feature: if present suggests -	ASTHMA	COPD
Age of onset	<input type="checkbox"/> Before age 20 years	<input type="checkbox"/> After age 40 years
Pattern of symptoms	<input type="checkbox"/> Variation over minutes, hours or days <input type="checkbox"/> Worse during the night or early morning <input type="checkbox"/> Triggered by exercise, emotions including laughter, dust or exposure to allergens	<input type="checkbox"/> Persistent despite treatment <input type="checkbox"/> Good and bad days but always daily symptoms and exertional dyspnea <input type="checkbox"/> Chronic cough & sputum preceded onset of dyspnea, unrelated to triggers
Lung function	<input type="checkbox"/> Record of variable airflow limitation (spirometry or peak flow)	<input type="checkbox"/> Record of persistent airflow limitation (FEV ₁ /FVC < 0.7 post-BD)
Lung function between symptoms	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal
Past history or family history	<input type="checkbox"/> Previous doctor diagnosis of asthma <input type="checkbox"/> Family history of asthma, and other allergic conditions (allergic rhinitis or eczema)	<input type="checkbox"/> Previous doctor diagnosis of COPD, chronic bronchitis or emphysema <input type="checkbox"/> Heavy exposure to risk factor: tobacco smoke, biomass fuels
Time course	<input type="checkbox"/> No worsening of symptoms over time. Variation in symptoms either seasonally, or from year to year <input type="checkbox"/> May improve spontaneously or have an immediate response to bronchodilators or to ICS over weeks	<input type="checkbox"/> Symptoms slowly worsening over time (progressive course over years) <input type="checkbox"/> Rapid-acting bronchodilator treatment provides only limited relief
Chest X-ray	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Severe hyperinflation

NOTE: • These features best distinguish between asthma and COPD. • Several positive features (3 or more) for either asthma or COPD suggest that diagnosis. • If there are a similar number for both asthma and COPD, consider diagnosis of ACOS

DIAGNOSIS	Asthma	Some features of asthma	Features of both	Some features of COPD	COPD
CONFIDENCE IN DIAGNOSIS	Asthma	Possible asthma	Could be ACOS	Possibly COPD	COPD

STEP 3 PERFORM SPIROMETRY

Marked reversible airflow limitation (pre-post bronchodilator) or other proof of variable airflow limitation

FEV₁/FVC < 0.7 post-BD

STEP 4 INITIAL TREATMENT*

Asthma drugs No LABA monotherapy	Asthma drugs No LABA monotherapy	ICS and consider LABA +or LAMA	COPD drugs	COPD drugs
-------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	------------	------------

*Consult GINA and GOLD documents for recommended treatments.

STEP 5 SPECIALISED INVESTIGATIONS or REFER IF:

- Persistent symptoms and/or exacerbations despite treatment.
- Diagnostic uncertainty (e.g. suspected pulmonary hypertension, cardiovascular diseases and other causes of respiratory symptoms).
- Suspected asthma or COPD with atypical or additional symptoms or signs (e.g. haemoptysis, weight loss, night sweats, fever, signs of bronchiectasis or other structural lung disease).
- Few features of either asthma or COPD.
- Comorbidities present.
- Reasons for referral for either diagnosis as outlined in the GINA and GOLD strategy reports.

5 bước:

1. Bệnh nhân có bệnh lý đường thở mạn tính không?
2. Chẩn đoán COPD, HPQ hay ACOS
3. Đánh giá chức năng thông khí phổi
4. Khởi đầu điều trị
5. Chuyển tuyến chuyên khoa (nếu cần thiết)

BƯỚC 1: CÓ BỆNH HÔ HẤP MẠN TÍNH?

- Bệnh sử: ho khạc đờm kéo dài, khó thở, nhiễm trùng tái phát, hút thuốc, được chẩn đoán hen hoặc COPD, dùng thuốc giãn PQ
- Khám LS: bình thường hoặc dấu hiệu giãn phế nang, suy hô hấp, TPM hoặc ran rít ran ngáy...
- Xquang: bình thường hoặc giãn PN, bóng kén khí, giãn phế quản, nhiễm trùng...

Bước 2: Các dấu hiệu để phân biệt Hen, COPD, ACOS

Bệnh lý	Hen	COPD
Tuổi mắc bệnh	Trước 20 tuổi	Sau 40 tuổi
Triệu chứng	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Thay đổi theo từng phút giờ từng ngày ▪ Nặng vào ban đêm hoặc sáng sớm ▪ Khởi phát khi có các yếu tố: gắng sức, cười, khói thuốc 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Thường xuyên ▪ Có ngày khỏe có ngày mệt, khó thở tăng khi gắng sức ▪ Ho khạc đờm mạn tính tiếp diễn là khó thở và ít liên quan đến các yếu tố khởi phát
CNHH	RLTKTN hồi phục hoàn toàn	RLTKTN không hồi phục hoàn toàn
CNHH giữa đợt ổn định	Bình thường	RLTKTN
Tiền sử	Đã được CD hen, trong gia đình có người mắc hen, có yếu tố cơ địa	Đã được CD COPD, có tiền sử phơi nhiễm nặng với YTNC
Thời gian	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ko nặng lên theo thời gian, triệu chứng thay đổi theo mùa, năm ▪ Hết triệu chứng khi ĐT bằng thuốc GPQ và ICS sau 1 tuần 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nặng dần theo thời gian ▪ Chỉ đỡ khi dùng thuốc GPQ tác dụng nhanh
Xquang	Bình thường	Giãn phế nang

Bước 3: Chức năng thông khí

CNHH	Hen	COPD	ACOS
FEV1/FVC trước hoặc sau test bình thường	Phù hợp với chẩn đoán	Không phù hợp với chẩn đoán	Không phù hợp
FEV1/FVC sau test <0.7	Chỉ ra sự hạn chế dòng khí nhưng có thể cải thiện tự nhiên hoặc sau điều trị	Là yêu cầu để chẩn đoán (GOLD)	Thường có mặt
FEV1 >= 80% lý thuyết	Phù hợp với chẩn đoán (hen kiểm soát tốt và trung gian giữa triệu chứng)	Phù hợp với phân loại GOLD mức độ tắc nghẽn nhẹ, nếu FEV1/FVC sau test <0.7	Phù hợp với ACOS nhẹ
FEV1 <80% lý thuyết	Phù hợp với chẩn đoán. Yếu tố nguy cơ cho hen cấp	Chỉ điểm của tắc nghẽn nặng và nguy cơ tương lai (tử vong và đợt cấp COPD)	Chỉ điểm của tắc nghẽn nặng và nguy cơ tương lai (tử vong và đợt cấp)
Sau test giãn phế quản, FEV1 tăng >12% và trên 200 ml (tắc nghẽn có thể hồi phục)	Thường ở một vài trường hợp, nhưng có thể không có mặt khi hen kiểm soát tốt	Thường thấy và có thể khi FEV1 thấp nhưng ACOS nên cũng được xem xét	Thường thấy và có thể khi FEV1 thấp nhưng ACOS nên cũng được xem xét
Sau test phục hồi phế quản, FEV1 >12% và 400 ml	Khả năng cao là hen	Không thường thấy trong COPD. Xem xét ACOS	Phù hợp với chẩn đoán ACOS

BƯỚC 4: ĐIỀU TRỊ ACOS

- Khởi đầu điều trị tùy theo LS và CNTK phổi
 - Nếu BN có các triệu chứng của hen: điều trị như HPQ
 - Nếu BN có các triệu chứng của COPD: điều trị như COPD
 - Nếu nghi ngờ ACOS: Khởi đầu điều trị như HPQ trong khi chờ các thăm dò chuyên sâu
- Xem xét hiệu quả và sự an toàn
 - Nếu BN có bất kỳ đặc điểm nào của HPQ: không được kê đơn LABA đơn thuần không có ICS.
 - Nếu BN có bất kỳ đặc điểm nào của COPD, điều trị triệu chứng bằng các thuốc GPQ hoặc liệu pháp phối hợp, không được kê ICS đơn trị liệu
 - Nếu BN ACOS: ICS cân nhắc phối hợp với LABA và/hoặc LAMA
- Các chiến lược điều trị khác cho BN ACOS và COPD:
 - Biện pháp không dung thuốc, cai thuốc lá, phục hồi chức năng hô hấp, tiêm vắc xin và điều trị bệnh đồng mắc.

OXY LIỆU PHÁP

- Điều trị oxy dài hạn > 15 giờ/ngày làm tăng tuổi thọ
- Chỉ định :
 - $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ hoặc $\text{SaO}_2 \leq 88\%$
± tăng CO_2 và được xác định qua 2 lần đo trong thời gian 3 tuần lễ.

Hoặc

- PaO_2 trong khoảng 55-60 hoặc $\text{SaO}_2 = 88\%$ nhưng có TADMP, phù chi gợi ý suy tim ứ huyết hay đa hồng cầu $\text{Hct} > 55\%$

Obus d'oxygène



Concentrateurs d'oxygène



Oxygène Liquide



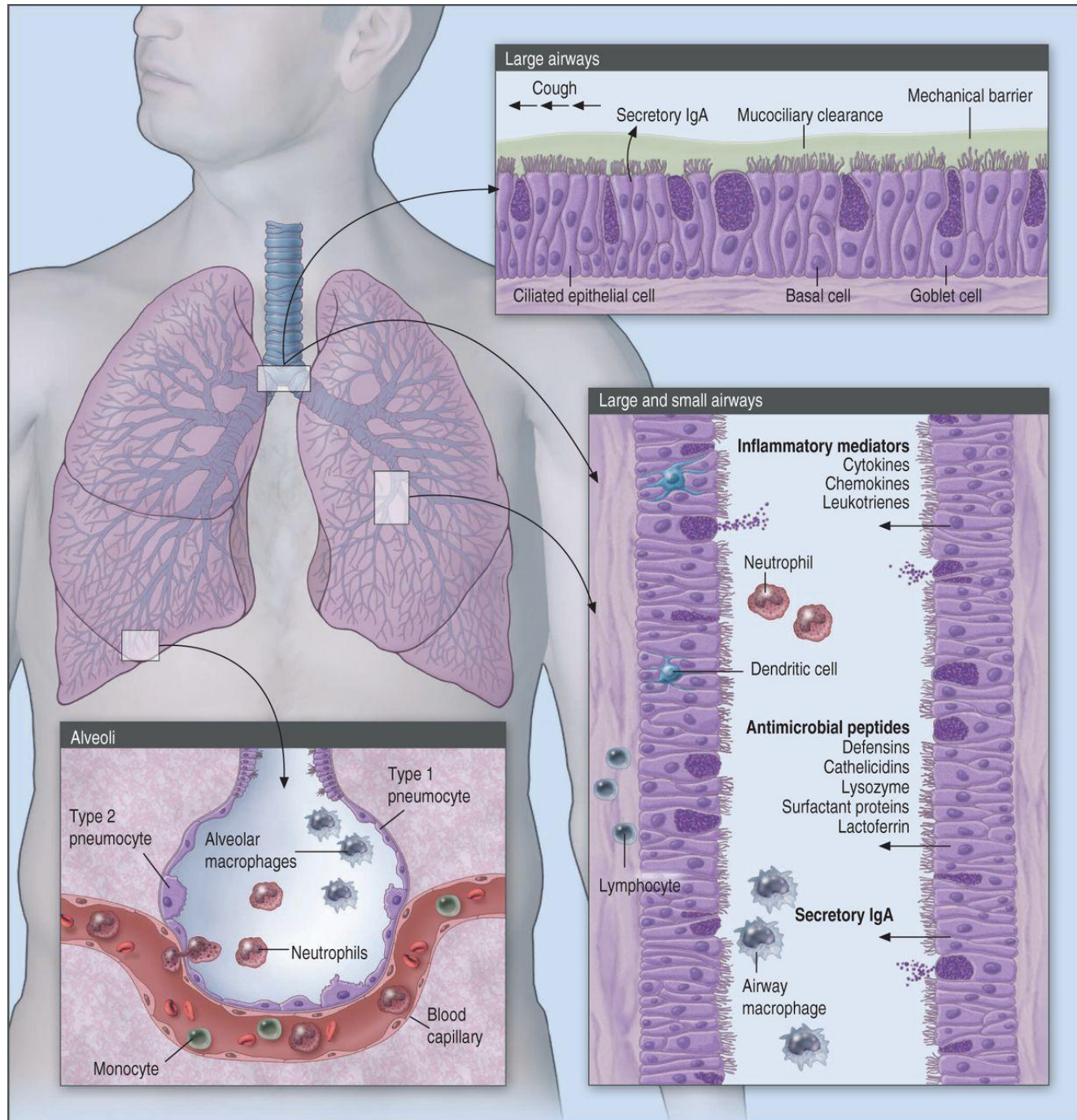
THÔNG KHÍ NHÂN TẠO

- Thông khí không xâm nhập + oxy liệu pháp dài hạn: dành cho bệnh nhân chọn lọc, nhất là có PaCO_2 tăng rõ ($> 45\text{mmHg}$), tình trạng mệt cơ hô hấp
- CPAP hiệu quả rõ trên nguy cơ nhập viện và kéo dài



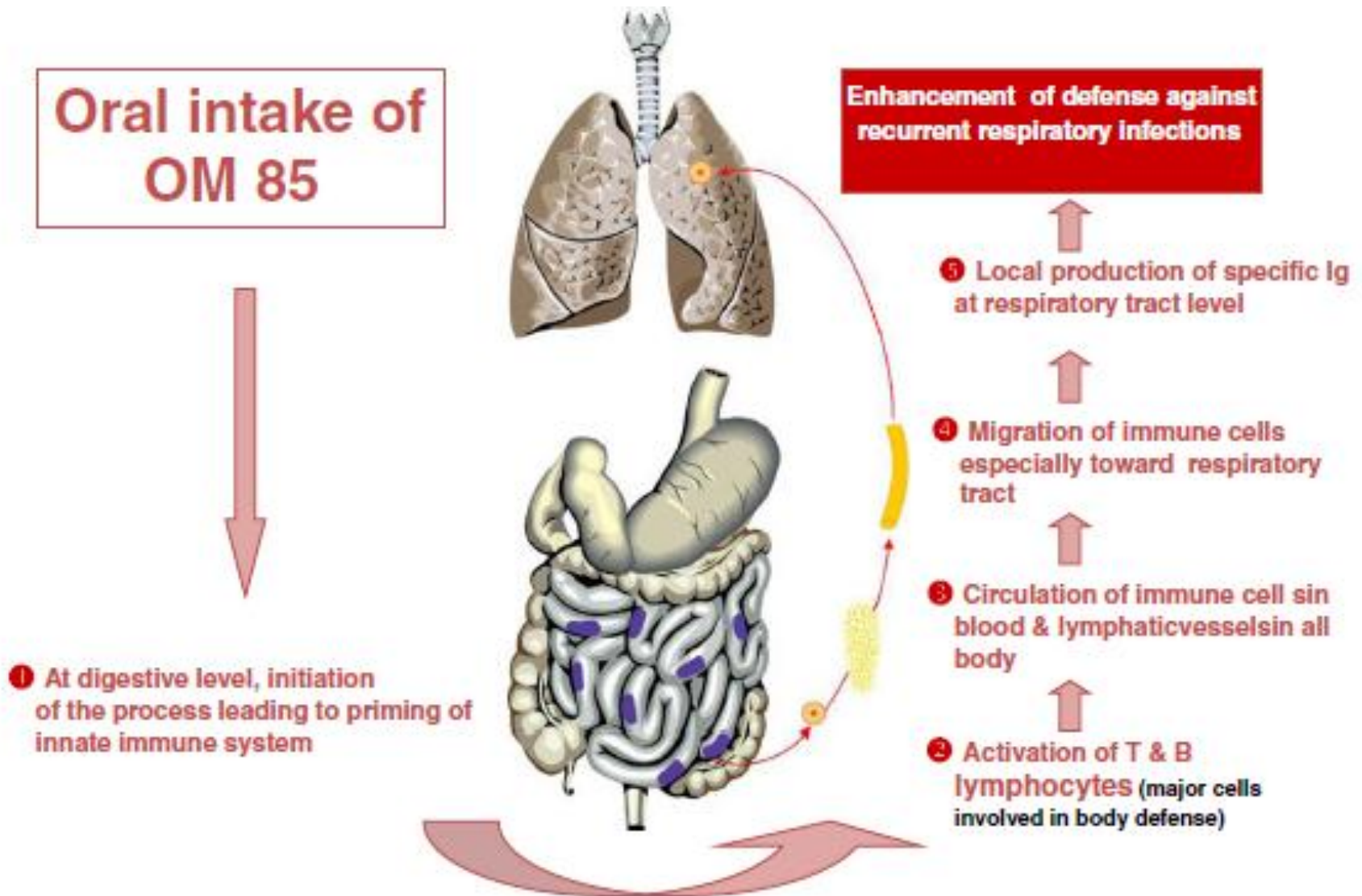
VẮC XIN

- ❖ Các đợt cấp của COPD làm cho diễn biến tự nhiên của bệnh xấu đi nhanh hơn. Hầu hết nguyên nhân của đợt cấp là do nhiễm trùng bởi vậy:
 - Phòng nhiễm khuẩn hô hấp là biện pháp quan trọng. Có thể đạt được bằng tiêm phòng **cúm một lần / năm** và tiêm phòng loại nhiễm khuẩn hô hấp phổ biến nhất (**pneumococcal vaccination**) / **mỗi 5 năm** (cho bệnh nhân ≥ 65 tuổi; bệnh nhân < 65 tuổi nhưng $FEV1 < 40\%$)
 - Sử dụng các sản phẩm tăng đề kháng của cơ thể



**Tăng cường
Hệ thống bảo
vệ đường thở:
broncho-vaxom**

TĂNG ĐỀ KHÁNG VỚI NHIỄM TRÙNG HÔ HẤP



Broncho-vaxom: OM phát minh

Chiết xuất từ một số dòng vi khuẩn

H.influenzae

S. pneumoniae

M. catarrhalis

K. pneumoniae

K. ozaenae

S. pyogenes

S.viridans

Staph.aereus

Soler (Respiration 2007; 74): 233 BN: ngày 1 viên x 30 ngày,
ngày 1 viên x 10 ngày/ tháng x 3 tháng, theo dõi hàng tháng:

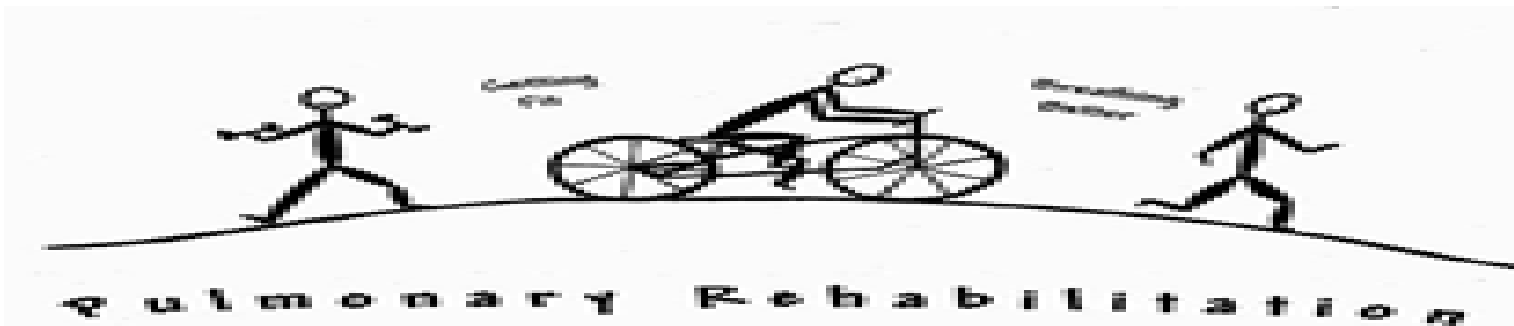
Giảm 29% tỷ lệ đợt kịch phát (P 0,03) trên tổng số

Giảm 40% tỷ lệ đợt kịch phát trên BN có tiền sử hút thuốc



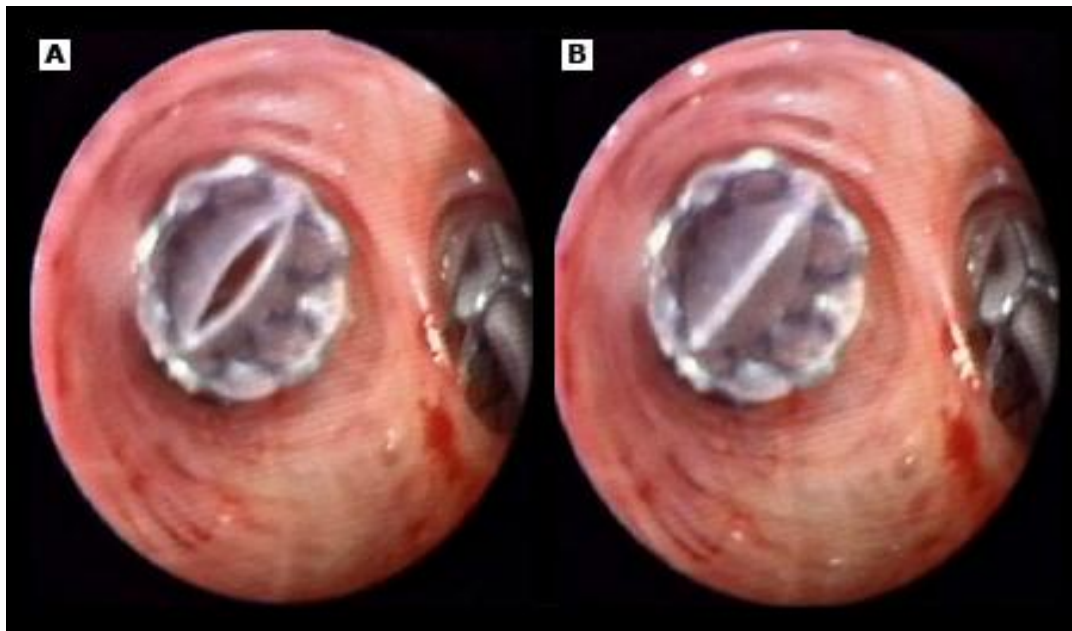
Tập phục hồi chức năng hô hấp (PHCNHH)

- **PHCNHH** cải thiện khả năng gắng sức và cải thiện chất lượng cuộc sống, giảm mức độ khó thở của bn COPD.
- Có nhiều cách thực hiện bài tập thể lực, từ đơn giản đến các động tác đòi hỏi kỹ thuật (ho có điều khiển, tập thở cơ hoành...)
- Một chương trình **PHCNHH** hoàn chỉnh thường bao gồm giáo dục kiến thức bệnh, các bài tập thể lực và những hướng dẫn dinh dưỡng hợp lý.
- Tập thể dục đều- Duy trì hoạt động



CAN THIỆP GIẢM THỂ TÍCH PHỔI

- PT giảm thể tích phổi
- Cắt bóng khí phổi
- Đặt van một chiều



KẾT LUẬN

- Trong thực hành lâm sàng việc chẩn đoán và điều trị bệnh nhân COPD cần tuân thủ theo hướng dẫn của GOLD 2014
- Cá thể hóa trong điều trị bệnh nhân là tiếp cận có tính chất toàn diện
- Thuốc giãn phế quản dạng phối hợp và dạng tác dụng kéo dài được khuyến cáo hàng đầu.
- ICS/LABA là điều trị được lựa chọn cho bệnh nhân COPD có nguy cơ cao ($FEV1 < 50\%$ và/hoặc có ≥ 2 đợt cấp/năm hoặc 1 đợt cấp/năm phải nhập viện)

Xin trân trọng cảm ơn!

