

HƯỚNG DẪN KÊ ĐƠN THUỐC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH



Định nghĩa COPD

- COPD: là bệnh thường gặp, có thể phòng và điều trị được, đặc trưng của bệnh là hạn chế luồng khí thở cố định, tiến triển nặng dần, và thường kết hợp với tình trạng tăng phản ứng viêm bất thường của phế quản - phổi với các phần tử hoặc khí độc hại.
- Các đợt cấp và bệnh đồng mắc góp phần vào tình trạng nặng ở mỗi bệnh nhân

NHỮNG ĐIỂM LƯU Ý KHI CHẨN ĐOÁN COPD

- Nhu mô phổi bị phá hủy trước khi COPD được CĐ.
 - Giai đoạn sớm thường “im lặng”.
 - Phát hiện muộn.
 - Khó thở mức độ trung bình: giảm 50% FEV1
 - Tiền sử có giá trị gợi ý cao: Hút thuốc, ho khạc đờm, khó thở
- Nghĩ đến COPD và cần đo CNHH khi có:
 - Khó thở tăng dần, cố định.
 - Ho khạc mạn tính. Các yếu tố nguy cơ (khói thuốc, bụi nghề nghiệp...)



Công cụ đánh giá ABCD

Cụ thể hóa phương thức đánh giá theo ABCD





Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD

Đánh giá bệnh nhân COPD



Sử dụng bảng câu hỏi đánh giá (CAT)

Hoặc

Thang điểm khó thở mMRC

Hoặc

Bộ câu hỏi lâm sàng COPD (CCQ)

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 1 2 3 4 5 Tôi rất buồn

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

CLINICAL COPD QUESTIONNAIRE

Please **circle** the number of the response that best describes how you have been feeling during the **past week**.
(Only **one** response for each question).

On average, during the past week, how often did you feel:	never	hardly ever	a few times	several times	many times	a great many times	almost all the time
1. Short of breath at rest ?	0	1	2	3	4	5	6
2. Short of breath doing physical activities ?	0	1	2	3	4	5	6
3. Concerned about getting a cold or your breathing getting worse?	0	1	2	3	4	5	6
4. Depressed (down) because of your breathing problems?	0	1	2	3	4	5	6
In general, during the past week, how much of the time:							
5. Did you cough?	0	1	2	3	4	5	6
6. Did you produce phlegm ?	0	1	2	3	4	5	6
On average, during the past week, how limited were you in these activities because of your breathing problems:	not limited at all	very slightly limited	slightly limited	moderately limited	very limited	extremely limited	totally limited /or unable to do
7. Strenuous physical activities (such as climbing stairs, hurrying, doing sports)?	0	1	2	3	4	5	6
8. Moderate physical activities (such as walking, housework, carrying things)?	0	1	2	3	4	5	6
9. Daily activities at home (such as dressing, washing yourself)?	0	1	2	3	4	5	6
10. Social activities (such as talking, being with children, visiting friends/ relatives)?	0	1	2	3	4	5	6

-CCQ: 10 câu hỏi ngắn, dễ đánh giá.
 -Điểm $\geq 1,5$: có sự ảnh hưởng của bệnh đến tình trạng sức khỏe
 -Sự khác biệt quan trọng tối thiểu về lâm sàng trong PHCN là -0,4



Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD

Đánh giá bệnh nhân COPD

Đánh giá tình trạng khó thở theo Modified British Medical Research Council (mMRC) Questionnaire: chọn 1 trong các câu

mMRC 0: chỉ khó thở khi hoạt động gắng sức

mMRC 1: khó thở khi đi nhanh hoặc leo dốc

mMRC 2: đi chậm hơn người cùng tuổi do khó thở, hoặc phải dừng lại để thở khi đi bộ trên đường bằng

mMRC 3: phải dừng lại để thở sau khi đi 100m hoặc đi được vài phút

mMRC 4: khó thở khi đi lại trong nhà hoặc khi mặc quần áo



Điều trị COPD giai đoạn ổn định

Các điểm chính trong sử dụng thuốc phun hít

- Sử dụng dụng cụ phun hít lựa chọn theo từng đối tượng.
- Cung cấp hướng dẫn sử dụng và minh họa kỹ thuật đúng cho BN, đảm bảo sử dụng đúng và kiểm tra lại mỗi lần tái khám.
- Đánh giá kỹ thuật sử dụng dụng cụ phun hít, tuân thủ ĐT trước khi kết luận cần thay đổi phác đồ điều trị



Điều trị COPD giai đoạn ổn định

Các điểm chính trong việc sử dụng thuốc giãn phế quản

- LABAs và LAMAs hiệu quả hơn các thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn.
- Các bệnh nhân có thể được bắt đầu bằng liệu trình 1 thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài đơn độc hoặc phối hợp 2 thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài (A)



Điều trị COPD giai đoạn ổn định

Các điểm chính trong việc sử dụng thuốc giãn phế quản

- Ở những BN dùng liệu trình 1 thuốc, nếu tình trạng khó thở còn dai dẳng thì nên nâng lên liệu trình 2 thuốc.
- Các thuốc GPQ hít được khuyến cáo hơn là các thuốc GPQ đường uống.
- Theophylline không được khuyến cáo trừ khi các thuốc GPQ khác không sẵn có và giá cả không phù hợp.



Điều trị COPD giai đoạn ổn định

Các điểm chính trong việc sử dụng các chất chống viêm

- Đơn trị liệu (ICS) kéo dài không được khuyến cáo. (A)
- ĐT ICS dài hạn cân nhắc phối hợp cùng với LABAs ở những BN có tiền sử còn các đợt cấp dù đã điều trị thích hợp bằng các thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài. (A).
- Điều trị corticosteroid đường uống dài hạn không được khuyến cáo. (A)



Điều trị COPD giai đoạn ổn định

Các điểm chính trong việc sử dụng các chất chống viêm

- BN có những đợt cấp dù đã sử dụng LABA/ICS hoặc LABA/LAMA/ICS, VPP mạn tính, và tắc nghẽn đường thở mức độ nặng đến rất nặng → cân nhắc phối hợp thêm chất ức chế PDE4.
- BN đã từng hút thuốc mà có đợt cấp dù đã được ĐT bằng liệu trình thích hợp → cân nhắc sử dụng macrolid.
- Liệu pháp statin không được khuyến cáo để ngăn ngừa các đợt cấp.
- Các chất tiêu nầy chống oxy hóa chỉ được khuyến cáo ở những bệnh nhân chọn lọc.



Điều trị COPD giai đoạn ổn định

CÁC ĐIỂM CHÍNH TRONG SỬ DỤNG CÁC THUỐC KHÁC

- BN thiếu hụt alpha -1 antitrypsin di truyền nặng và có giãn phế nang có thể là đối tượng cần bổ sung alpha-1 antitrypsin. (B)
- Các thuốc giảm ho không được khuyến cáo. (Bằng chứng C)
- Các thuốc được chấp nhận để ĐT Tăng áp ĐMP nguyên phát không được khuyến cáo cho các trường hợp Tăng áp động mạch phổi thứ phát do COPD. (Bằng chứng B)
- Liều thấp opioid tác dụng kéo dài đường uống hoặc đường tiêm có thể được cân nhắc trong điều trị



Điều trị COPD giai đoạn ổn định

INITIAL PHARMACOLOGICAL TREATMENT

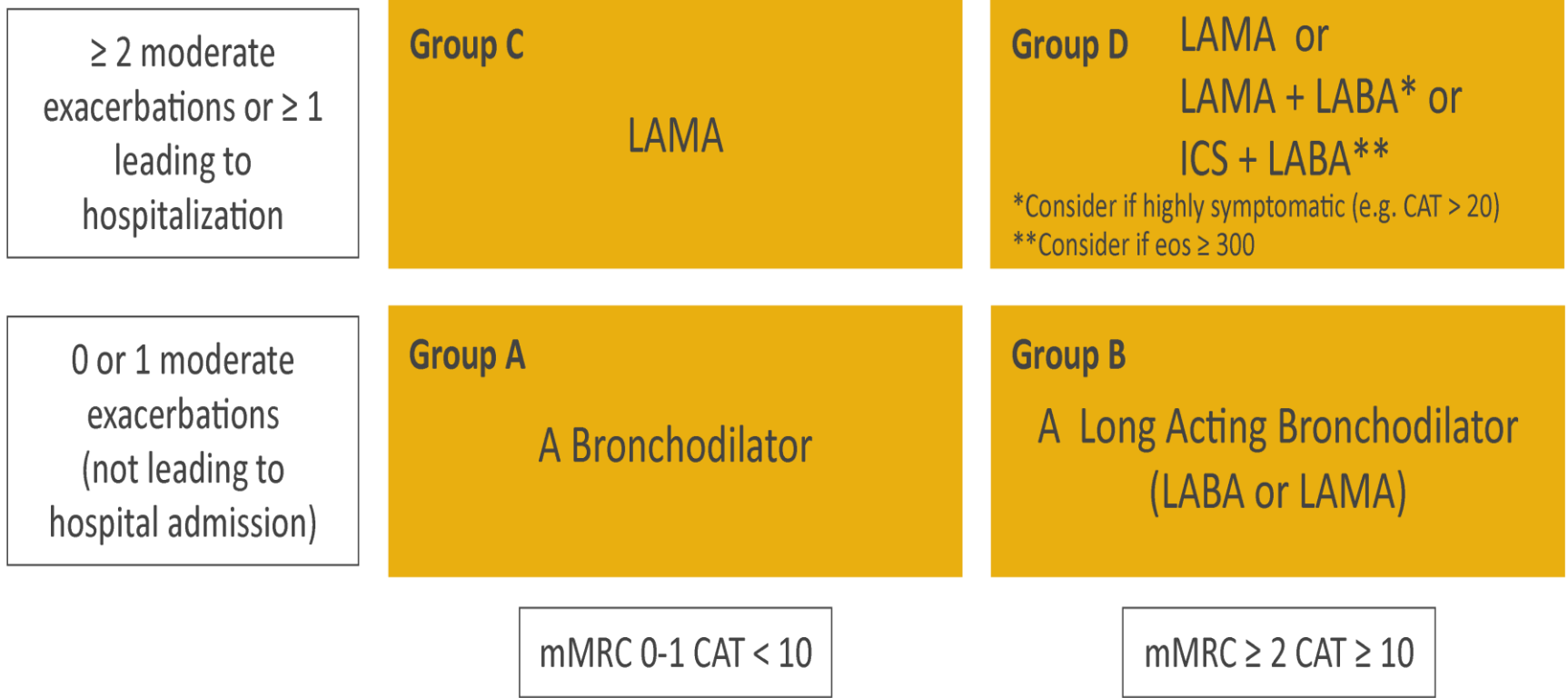


FIGURE 4.1



Điều trị COPD giai đoạn ổn định

MANAGEMENT CYCLE

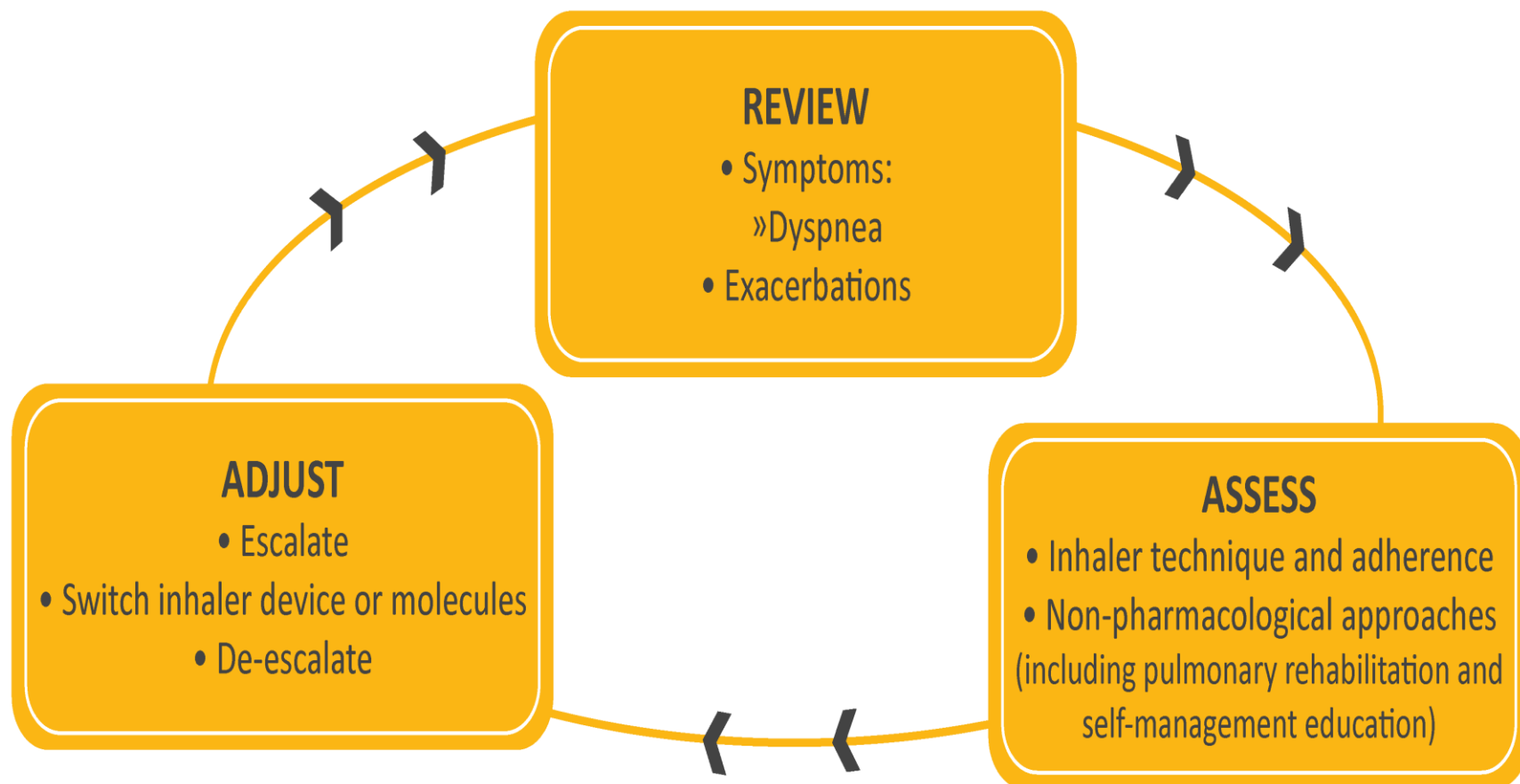
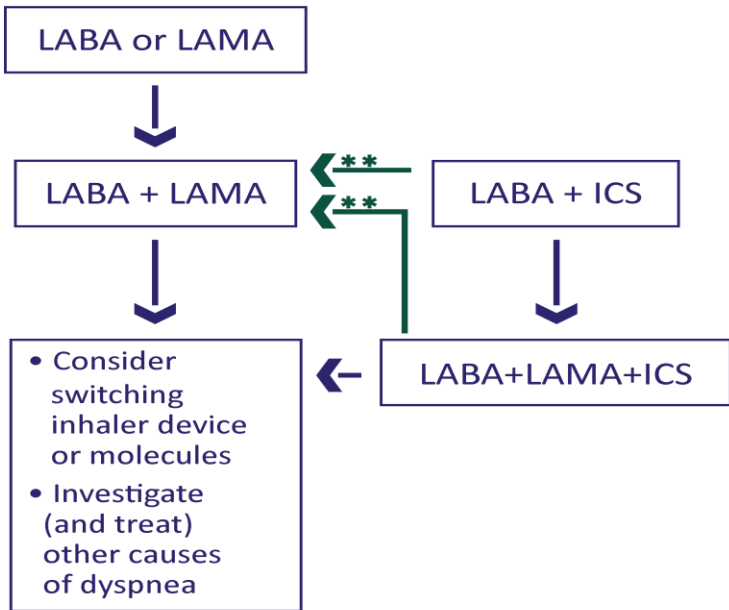


FIGURE 4.2

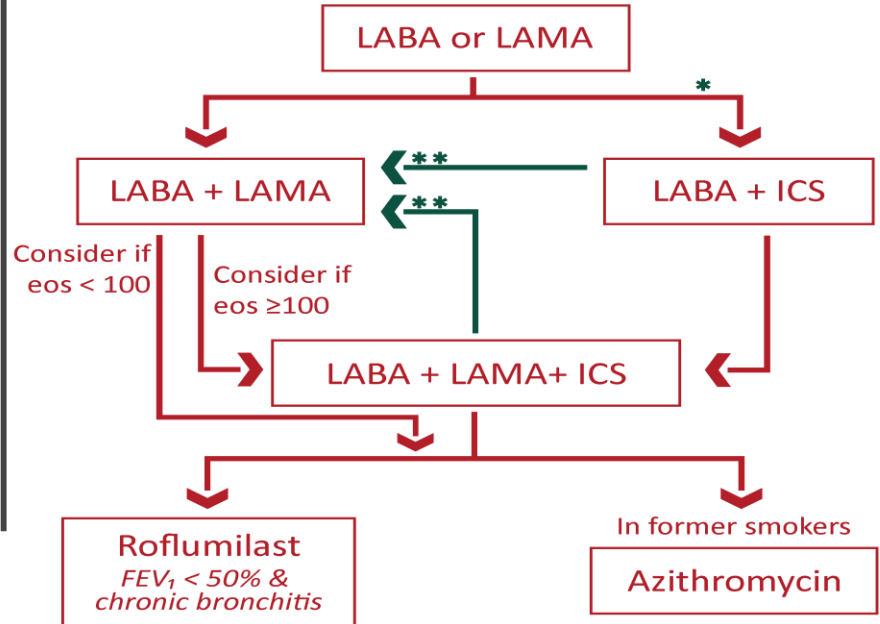
FOLLOW-UP PHARMACOLOGICAL TREATMENT

- IF RESPONSE TO INITIAL TREATMENT IS APPROPRIATE, MAINTAIN IT.
- IF NOT:
 - ✓ Consider the predominant treatable trait to target (dyspnea or exacerbations)
 - Use exacerbation pathway if both exacerbations and dyspnea need to be targeted
 - ✓ Place patient in box corresponding to current treatment & follow indications
 - ✓ Assess response, adjust and review
 - ✓ These recommendations do not depend on the ABCD assessment at diagnosis

• DYSPNEA •



• EXACERBATIONS •



eos = blood eosinophil count (cells/ μ L)
 * Consider if eos \geq 300 or eos \geq 100 AND \geq 2 moderate exacerbations / 1 hospitalization
 ** Consider de-escalation of ICS or switch if pneumonia, inappropriate original indication or lack of response to ICS

FIGURE 4.3

Group A

- Tất cả **Bệnh nhân nhóm A** nên được chỉ định thuốc giãn phế quản dựa trên tác dụng của thuốc với tình trạng khó thở.
- Thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn hoặc tác dụng kéo dài.
- Việc điều trị nên được tiếp tục nếu ghi nhận có lợi ích.

INITIAL PHARMACOLOGICAL TREATMENT

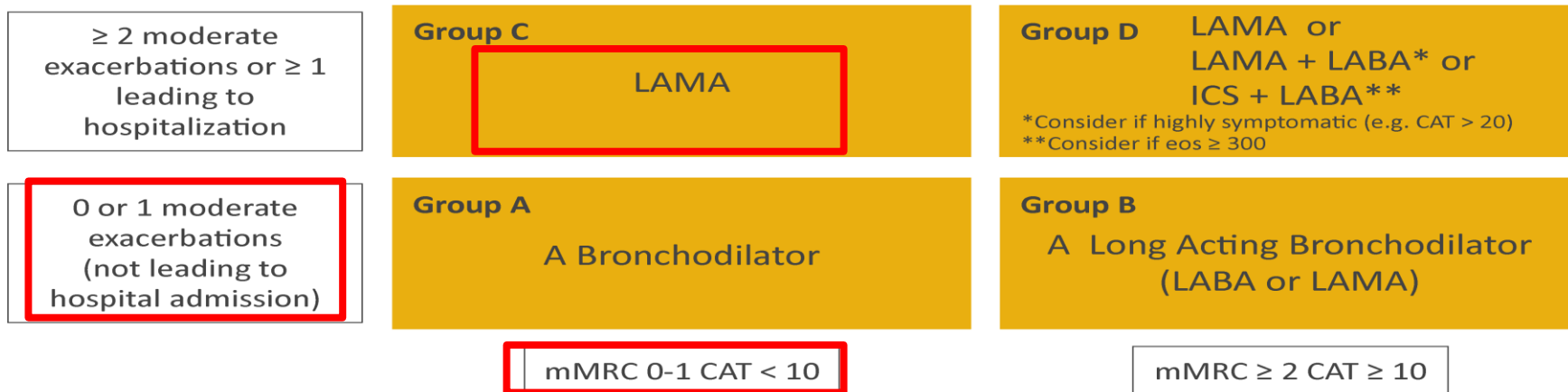


FIGURE 4.1



Group B

- Liệu trình khởi đầu nên bao gồm một thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài (LABA hoặc LAMA)
- Thuốc GPQ dạng hít tác dụng kéo dài thì tốt hơn là các thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn khi cần do đó được khuyến cáo.

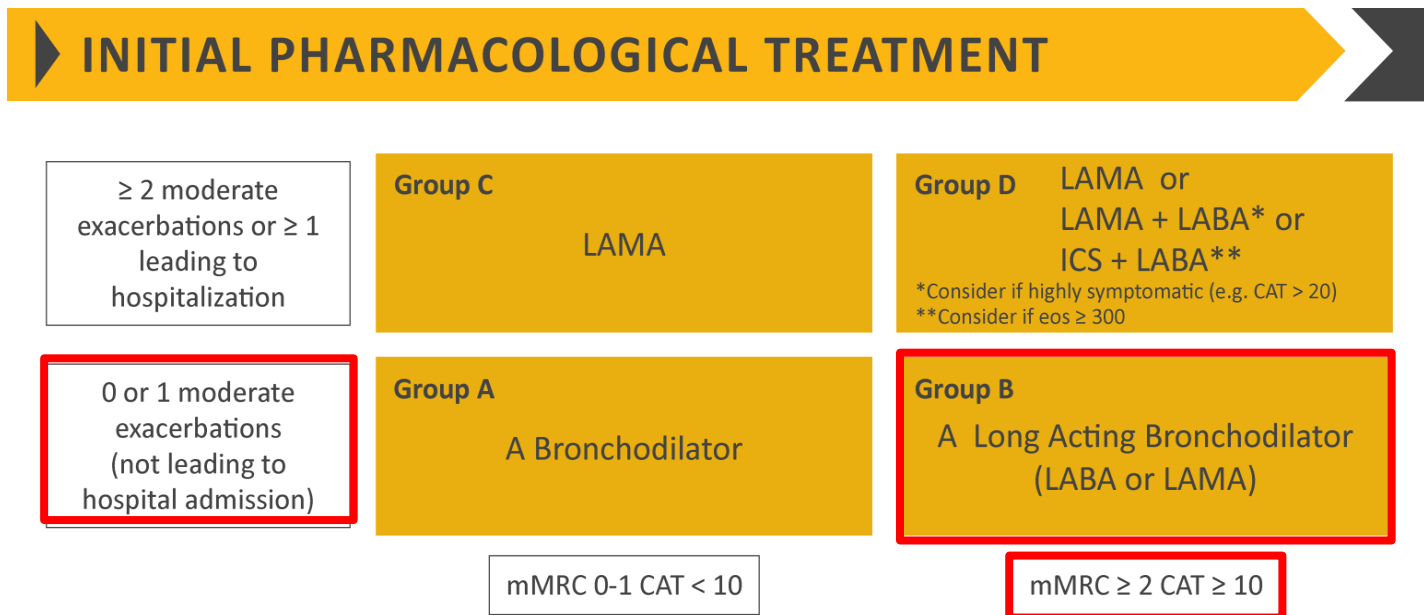


FIGURE 4.1



Group B

- Không có bằng chứng: nhóm thuốc GPQ tác dụng kéo dài này là vượt trội hơn các thuốc khác trong DT ban đầu để giảm nhẹ các TC trong nhóm B.
- Ở những BN cụ thể, lựa chọn thuốc nên dựa vào nhận thức của BN về sự cải thiện các triệu chứng.
- Với những BN có tình trạng khó thở nặng, điều trị khởi đầu với 2 loại thuốc giãn phế quản nên được cân nhắc.
- BN **nhóm B** có khả năng có các bệnh đồng mắc làm nặng thêm các triệu chứng và ảnh hưởng đến chẩn đoán



Group C

- Điều trị khởi đầu nên gồm một LAMA/LABA.
- So sánh đối đầu trực tiếp trực tiếp 2 thuốc, việc sử dụng LAMA tốt hơn so với LABA trong việc ngăn ngừa các đợt cấp, do đó khuyến cáo sử dụng liệu pháp khởi đầu với LAMA trong nhóm C

▶ INITIAL PHARMACOLOGICAL TREATMENT

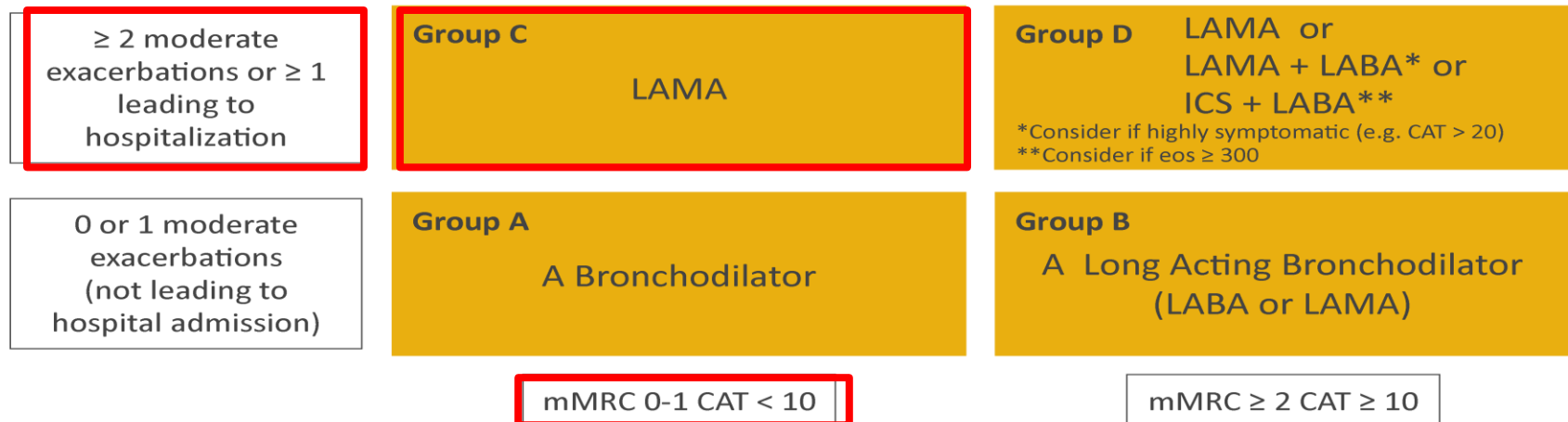


FIGURE 4.1



Group D

- Điều trị có thể khởi đầu với LAMA: giảm khó thở và đợt cấp
- BN nhiều triệu chứng ($CAT \geq 20$), đặc biệt là khó thở nhiều và/hoặc hạn chế khả năng gắng sức, LAMA/LABA có thể được chọn là liệu pháp khởi đầu.
- Lợi ích của LABA/LAMA so với LAMA trong việc ngăn chặn các cơn cấp chưa được chứng minh một cách chắc chắn, do đó việc quyết định sử dụng LABA/LAMA là liệu pháp khởi đầu nên dựa trên mức độ các TC.

Group D

INITIAL PHARMACOLOGICAL TREATMENT

≥ 2 moderate exacerbations or ≥ 1 leading to hospitalization

Group C

LAMA

Group D LAMA or
LAMA + LABA* or
ICS + LABA**

*Consider if highly symptomatic (e.g. CAT > 20)
**Consider if eos ≥ 300

0 or 1 moderate exacerbations (not leading to hospital admission)

Group A

A Bronchodilator

Group B

A Long Acting Bronchodilator (LABA or LAMA)

mMRC 0-1 CAT < 10

mMRC ≥ 2 CAT ≥ 10

FIGURE 4.1



Group D

➤ Ở 1 số BN, khởi đầu bằng LABA/ICS có thể là sự lựa chọn.

Phương pháp này có khả năng làm giảm các đợt cấp ở những bệnh nhân có số lượng bạch cầu ái toan ≥ 300 tế bào/ μL .

➤ LABA/ICS lựa chọn đầu tiên ở những BN COPD có tiền sử hen.

➤ ICS có thể gây ra các tác dụng phụ như viêm phổi, do đó chỉ nên được sử dụng là liệu pháp đầu tiên sau khi đã cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ.



Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD

CÁC THUỐC ĐIỀU TRỊ COPD

Beta₂-agonists: Cường beta₂

Short-acting beta₂-agonists (SABA): cường beta₂ tác dụng ngắn

Long-acting beta₂-agonists (LABA): cường beta₂ tác dụng kéo dài

Anticholinergics: kháng cholinergic

Short-acting anticholinergics (SAMA): kháng cholinergic tác dụng ngắn

Long-acting anticholinergics (LAMA): kháng cholinergic tác dụng kéo dài

Combination short-acting beta₂-agonists + anticholinergic in one inhaler

Combination long-acting beta₂-agonist + anticholinergic in one inhaler

Methylxanthines

Inhaled corticosteroids (ICS)

Combination long-acting beta₂-agonists + corticosteroids in one inhaler

Systemic corticosteroids

Phosphodiesterase-4 inhibitors



Thuốc điều trị

COMMONLY USED MAINTENANCE MEDICATIONS IN COPD*

DELIVERY OPTIONS

Generic Drug Name	Inhaler Type	Nebulizer	Oral	Injection	Duration Of Action
BETA₂-AGONISTS					
SHORT-ACTING (SABA)					
Fenoterol	MDI	✓	pill, syrup		4-6 hours
Levalbuterol	MDI	✓			6-8 hours
Salbutamol (albuterol)	MDI & DPI	✓	pill, syrup, extended release tablet	✓	4-6 hours 12 hours (ext. release)
Terbutaline	DPI		pill	✓	4-6 hours
LONG-ACTING (LABA)					
Arformoterol		✓			12 hours
Formoterol	DPI	✓			12 hours
Indacaterol	DPI				24 hours
Olodaterol	SMI				24 hours
Salmeterol	MDI & DPI				12 hours
ANTICHOLINERGICS					
SHORT-ACTING (SAMA)					
Ipratropium bromide	MDI	✓			6-8 hours
Oxipropium bromide	MDI				7-9 hours
LONG-ACTING (LAMA)					
Acclidinium bromide	DPI, MDI				12 hours
Glycopyrronium bromide	DPI		solution	✓	12-24 hours
Tiotropium	DPI, SMI				24 hours
Umeclidinium	DPI				24 hours



Thuốc điều trị

COMBINATION SHORT-ACTING BETA₂-AGONIST PLUS ANTICHOLINERGIC IN ONE DEVICE (SABA/SAMA)					
Fenoterol/ipratropium	SMI	√			6-8 hours
Salbutamol/ipratropium	SMI, MDI	√			6-8 hours
COMBINATION LONG-ACTING BETA₂-AGONIST PLUS ANTICHOLINERGIC IN ONE DEVICE (LABA/LAMA)					
Formoterol/aclidinium	DPI				12 hours
Formoterol/glycopyrronium	MDI				12 hours
Indacaterol/ glycopyrronium	DPI				12-24 hours
Vilanterol/umeclidinium	DPI				24 hours
Olodaterol/tiotropium	SMI				24 hours
METHYLNANTHINES					
Aminophylline			solution	√	Variable, up to 24 hours
Theophylline (SR)			pill	√	Variable, up to 24 hours
COMBINATION OF LONG-ACTING BETA₂-AGONIST PLUS CORTICOSTEROIDS IN ONE DEVICE (LABA/ICS)					
Formoterol/beclometasone	MDI				
Formoterol/budesonide	MDI, DPI				
Formoterol/mometasone	MDI				
Salmeterol/fluticasone	MDI, DPI				
Vilanterol/fluticasone furoate	DPI				
TRIPLE COMBINATION IN ONE DEVICE (LABA/LAMA/ICS)					
Fluticasone/umeclidinium/vilanterol	DPI				
Beclometasone/formoterol/glycopyrronium	MDI				
PHOSPHODIESTERASE-4 INHIBITORS					
Roflumilast			pill		
MUCOLYTIC AGENTS					
Erdosteine			pill		

*Not all formulations are available in all countries. In some countries other formulations and dosages may be available.

MDI = metered dose inhaler; DPI = dry powder inhaler; SMI = soft mist inhaler.

TABLE 3.3

Ca lâm sàng 1

- BN nam 79 tuổi
- TS hút thuốc lòn nhiều năm
- Chưa phải vào viện cấp cứu lần nào.
- Ho thường xuyên, nhiều đờm, chỉ làm được việc nhẹ trong nhà, có mất ngủ do khó thở, hay cảm giác nặng ngực.
- Khám LS: Phổi RRPN giảm
- CNTK: Rối loạn thông khí tắc nghẽn trung bình, test HPPQ (-)

CHẨN ĐOÁN?

- COPD GOLD B

Ca lâm sàng 2

- BN nam 64 tuổi
- TS hút thuốc lào nhiều năm
- Được chẩn đoán COPD 3 năm nay.
- Sử dụng thành thạo các thuốc phun hít.
- Vào viện cấp cứu 0 lần trong năm.
- KHó thở ít, ho ít, sinh hoạt gần như bình thường, vẫn tham gia các hoạt động thể thao.
- Khám LS: Phổi RRPN rõ
- CNTK: GOLD 2

CHẨN ĐOÁN?

- COPD GOLD A

Ca lâm sàng 3

- BN nam 79 tuổi
- TS hút thuốc lá nhiều năm
- Được chẩn đoán COPD 10 năm nay.
- Vào viện cấp cứu 2 lần trong năm
- Bệnh nhân ho ít, khó thở ít, vẫn ăn ngủ bình thường, vẫn sinh hoạt, thể thao.
- Phổi RRPN giảm, ho đờm vàng.
- CNTK: GOLD 3

CHẨN ĐOÁN?

- COPD GOLD C đợt bội nhiễm

Ca lâm sàng 4

- BN nam 73 tuổi
- TS hút thuốc lá nhiều năm
- Được chẩn đoán COPD 6 năm nay.
- Vào viện cấp cứu 4 lần trong năm
- Bệnh nhân khó thở liên tục, thở máy, thở oxy tại nhà.
- Phổi RRPN giảm nặng.
- CNTK trước đó: GOLD 3

CHẨN ĐOÁN?

- COPD GOLD D

Ca lâm sàng

- BN nam 73 tuổi
- TS hút thuốc lá nhiều năm
- Được chẩn đoán COPD 2 năm nay.
- Vào viện cấp cứu 6 lần trong năm.
- Bệnh nhân ho khạc đờm thường xuyên, khó thở không làm được việc nặng, phải nghỉ ngơi nhiều giờ trong ngày.
- 1 tuần nay khó thở tăng, khí dung nhiều lần trong ngày không đỡ, ho nhiều đờm vàng đặc.
- Khám LS: BN khó thở liên tục, co kéo cơ hô hấp, tím môi, sP02: 88%.
- Phổi RRPN giảm, ran rít 2 bên, ho đờm vàng
- CNTK trước đó: GOLD 3

CHẨN ĐOÁN?

- suy hô hấp/COPD GOLD D đợt bội nhiễm

NHÓM 1

- BN nam 70 tuổi.
- TS hút thuốc 30 năm, đã bỏ 5 năm, được chẩn đoán COPD 2 năm nay.
- 1 lần vào ĐT nội trú trong năm.
- Ho khạc đờm ít, khó thở ít, sinh hoạt tương đối bình thường, không tức nặng ngực, vẫn chơi thể thao.
- Hiện tại ho khạc đờm vàng
- Khám phổi có RRPN giảm nhẹ.
- CNTK: GOLD 2

NHÓM 2

- BN nam 74 tuổi.
- TS hút thuốc lào 30 năm, bỏ 1 năm nay.
- Chưa ĐT nội trú lần nào.
- Bệnh nhân thường xuyên ho khạc đờm, tức nặng ngực, không làm được việc nặng.
- Một tuần nay khó thở tăng lên, ho khạc đờm đục.
- Phổi nhiều ran rít ran ngáy
- CNTK: GOLD 2

NHÓM 3

- BN nam 65 tuổi.
- 3 lần vào ĐT nội trú/năm.
- Được chẩn đoán COPD 3 năm.
- TS hút thuốc 30 năm, hiện còn hút thuốc.
- Khó thở thường xuyên, tức nặng ngực, ho ít đờm, không làm được việc nặng, không leo được cầu thang bì khó thở.
- Phổi rì rào phế nang giảm.
- CNTK: GOLD 3

NHÓM 4

- BN nam 67 tuổi.
- TS hút thuốc 35 năm, đã bỏ 5 năm.
- 5 lần vào ĐT nội trú.
- Được chẩn đoán COPD 5 năm.
- Khó thở liên tục, thở oxy, thở máy tại nhà. Không hoạt động thể lực được, ít đờm, tức ngực nhiều.
- Phổi RRPN giảm nặng
- CNTK: GOLD 4



XIN TRÂN TRỌNG CẢM ƠN