

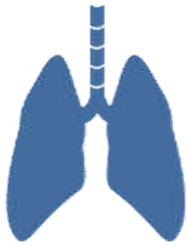
CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ COPD THEO GOLD



TS.BS. Trương Thị Tuyết
Viện Hô Hấp– Bệnh viện Bạch Mai

GÁNH NẶNG BỆNH TẬT VÀ TỬ VONG LIÊN QUAN ĐẾN COPD

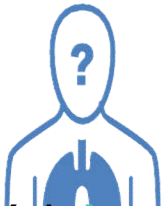
~**384 triệu** BN COPD trên toàn cầu¹



COPD gây tổn thất >**100 tỷ \$** mỗi năm trên toàn cầu^{1,3-5}



COPD luôn nằm trong nhóm nguyên nhân **gây tử vong** hàng đầu¹³, hiện xếp thứ 3 trên toàn thế giới¹⁴



Ước tính **hơn 1 nửa bệnh nhân COPD** chưa được chẩn đoán²



Phần lớn chi phí cho COPD được quy cho **đợt cấp**^{1,6-12*}

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2021. Available from: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2020/11/GOLD-REPORT-2021-v1.0-16Nov20_WMV.pdf (Accessed August 2, 2021); 2. Diab N, et al. Am J Respir Crit Care Med 2018;198:1130–1139; 3. Ford ES, et al. Chest 2015;147:31–45; 4. Chen X, et al. Int J COPD 2016;11:2625–2632; 5. Nishimura S, et al. Respirology 2004;9:466–473; 6. Qureshi H, et al. Ther Adv Chronic Dis 2014;5:212–227; 7. Press VG, et al. Curr Opin Pulm Med 2018;24:138–146; 8. Celli BR, et al. Eur Respir J 2004;23:932–946; 9. Toy EL, et al. COPD 2010;7:214–228; 10. Anzueto A. Eur Respir Rev 2010;19:113–118; 11. Geitona M, et al. Respir Med 2011;105:402–409; 12. Perera PN, et al. COPD 2012;9:131–141; 12. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2023; 14. World Health Organization 2020. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (Accessed 01 April 2023)

YẾU TỐ NGUY CƠ COPD



Dân số già

- ~ **4.4 tỉ** người, 61% dân số thế giới⁵
- Dân số ≥ 65 tuổi: **288 triệu năm 2010** lên tới **911 triệu năm 2050**⁵

Chất đốt sinh khối

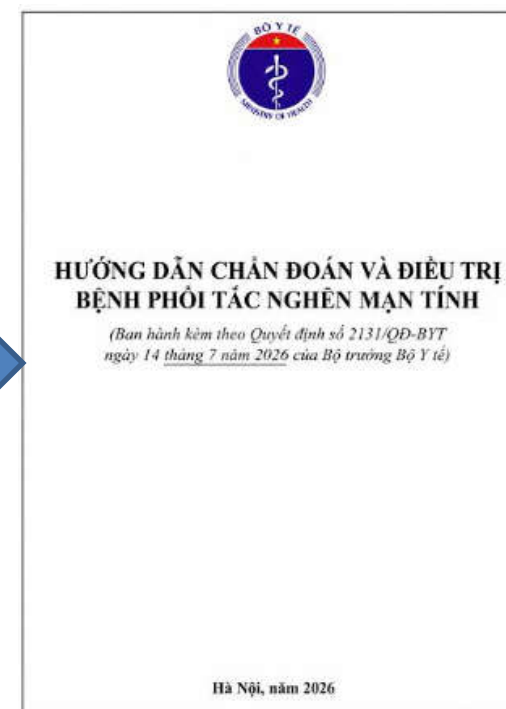
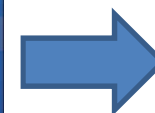
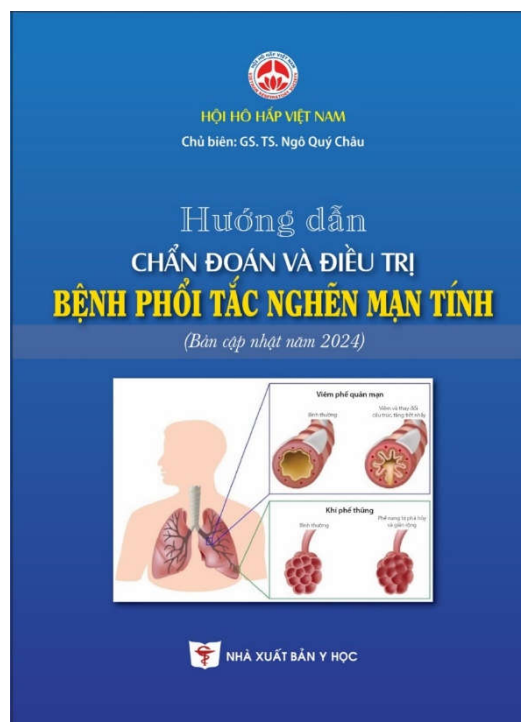
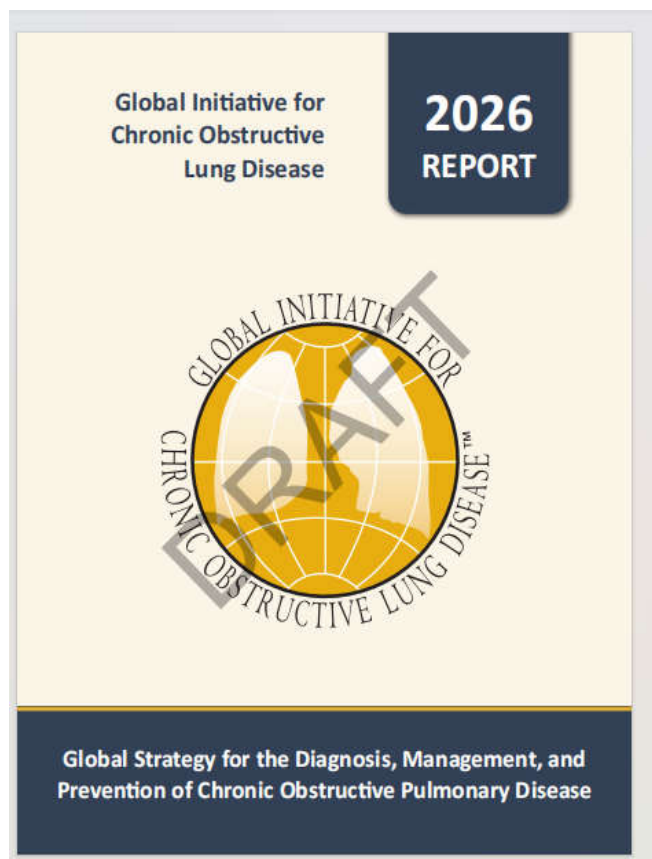


Hút thuốc lá

- Việt Nam: **45,3% nam giới** năm 2015¹
- Trung Quốc: nam 60,6% (1991) và **51.6%** năm 2011²
- Hàn Quốc: **42.1%** in 2013³
- Đông Nam Á: **50%** nam hút thuốc lá hàng ngày⁴

1. Int. J. Public Health 2017; 62: 121–9; 2. Prev. Med. 2016; 93: 82–7; 3. Epidemiol. Health 2014; 36: e2014023; 4. Asia Pac J Public Health 2010; 22 (3 Suppl):175S–180S; 5. “Health Protection Gap” Asia-Pacific 2012, Swiss Re (2012)

1. Int. J. Public Health 2017; 62: 121–9; 2. Prev. Med. 2016; 93: 82–7; 3. Epidemiol. Health 2014; 36: e2014023; 4. Asia Pac J Public Health 2010; 22 (3 Suppl):175S–180S; 5. “Health Protection Gap” Asia-Pacific 2012, Swiss Re (2012)



BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH (COPD) LÀ GÌ?

- Theo GOLD, COPD được định nghĩa:¹

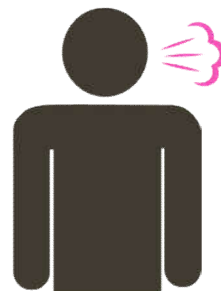
là bệnh lý không đồng nhất ở phổi, đặc trưng bởi các triệu chứng hô hấp mạn tính... xảy ra do các bất thường đường thở và/hoặc phế nang, gây tắc nghẽn luồng khí, dai dẳng và thường tiến triển

- Các triệu chứng đặc trưng của COPD bao gồm:¹

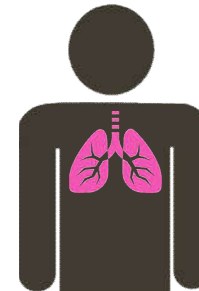
KHÓ THỞ



HO



KHẠC ĐÀM



COPD: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính; GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease): Tổ chức Sáng kiến Toàn cầu về Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

1. GOLD. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. 2023 Report. www.goldcopd.org. Accessed January 2023.

ĐỊNH NGHĨA VỀ COPD

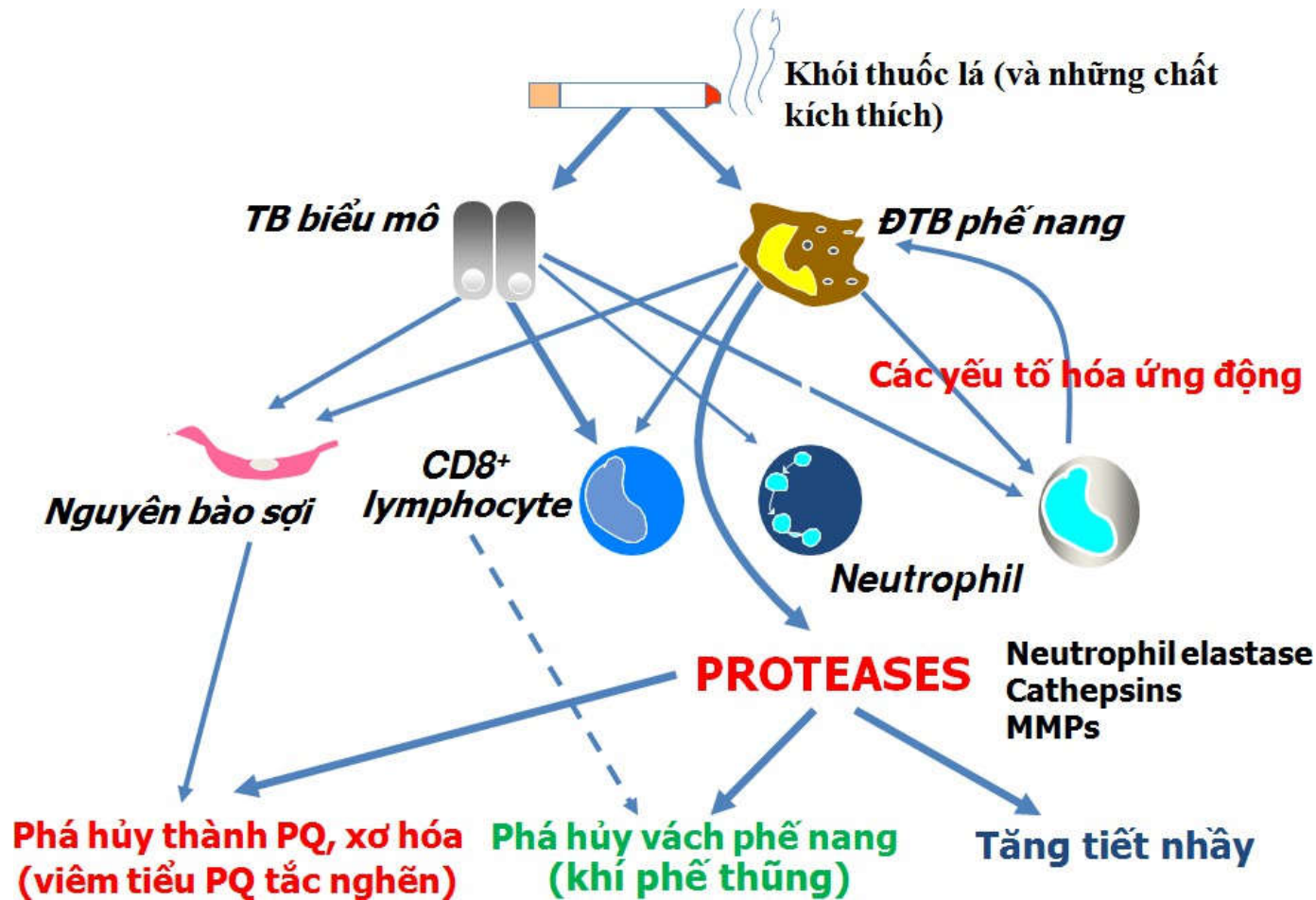
- COPD là bệnh phổ biến, đặc trưng bởi các TC hô hấp mạn tính và giới hạn luồng khí dai dẳng, là hậu quả của những bất thường của đường thở và/hoặc phế nang do phơi nhiễm với các hạt hoặc khí độc hại và bị ảnh hưởng bởi yếu tố chủ thể bao gồm phổi kém phát triển khi còn nhỏ
- Triệu chứng hô hấp phổ biến: ho, khạc đờm, khó thở
- Tiến triển của COPD: xen kẽ của các GĐ ổn định và các đợt cấp
- Khói thuốc là YTNC chính, ô nhiễm không khí và khói

CÁC DẤU HIỆU GỢI Ý COPD

Khó thở	Tiến triển, tồn tại theo thời gian, tăng lên khi gắng sức
Ho mạn tính	Có thể từng đợt và ho khan, tiếng rít tái phát
Khạc đờm mạn tính	Tất cả các dạng khạc đờm mạn tính đều có thể là dấu hiệu của COPD
Nhiễm trùng hô hấp tái phát	
Tiền sử các yếu tố nguy cơ	Yếu tố chủ thể (di truyền, bất thường bẩm sinh/ quá trình phát triển) Hút thuốc lá thuốc láo... Khói bụi, hơi khí độc nghề nghiệp, các hoá chất
Các yếu tố lúc trẻ và /hoặc tiền sử gia đình COPD	Ví dụ sơ sinh thiếu cân, nhiễm trùng hô hấp lúc niên thiếu

© 2023 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

CƠ CHẾ BỆNH SINH



Professor Peter J. Barnes, MD- *National Heart and Lung Institute, London UK*

LÂM SÀNG

- ❖ Bệnh nhân tuổi thường trên 40, có tiền sử hút thuốc hoặc nghề nghiệp có tiếp xúc với khói, bụi ô nhiễm...
- ❖ Bệnh nhân thường đến khám vì ho, khạc đờm, khó thở.
 - Ho nhiều về buổi sáng, ho cơn hoặc ho thúng thảng, có kèm khạc đờm hoặc không.
 - Đờm nhầy, trong, trù đợt cấp có bội nhiễm thì màu trắng đục, xanh và vàng.
 - Khó thở khi gắng sức, xuất hiện dần dần, giai đoạn muộn có khó thở liên tục.

LÂM SÀNG

Dấu hiệu tăng áp lực động mạch phổi:

- Mắt lồi như mắt ếch do tăng mạch máu màng tiếp hợp.
- Tim nhịp nhanh, có thể có loạn nhịp hoàn toàn.
- T₂ đánh mạnh, tiếng click tổng máu, rung tâm thu ở ổ van động mạch phổi, ngựa phi phải tiền tâm thu.
- Dấu hiệu Carvallo: thổi tâm thu ở dọc theo bờ trái xương ức tăng lên ở thì hít vào.
- Tĩnh mạch cổ nổi đập theo nhịp tim, tăng khi làm việc, gắng sức. Đau hạ sườn phải lan ra sau lưng. Phản hồi gan tĩnh mạch cổ dương tính.
- Phù chân và cổ trướng.



CÂU HỎI TẦM SOÁT COPD CỦA GOLD

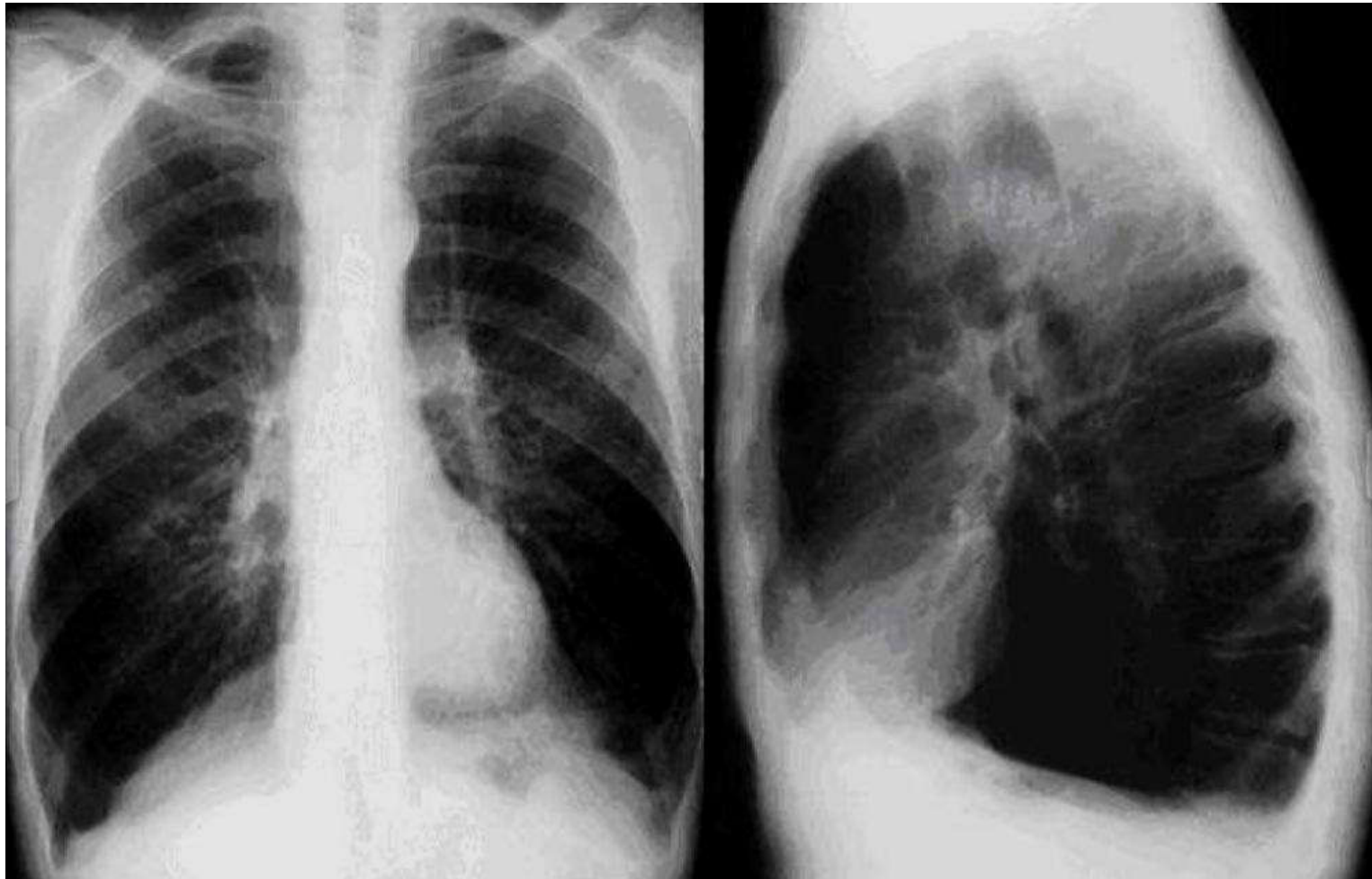
STT	CÂU HỎI	CHỌN CÂU TRẢ LỜI	
1	Ông/bà có ho vài lần trong ngày ở hầu hết các ngày.	Có	Không
2	Ông/bà có khạc đàm ở hầu hết các ngày.	Có	Không
3	Ông/bà có dễ bị khó thở hơn những người cùng tuổi.	Có	Không
4	Ông/bà có trên 40 tuổi.	Có	Không
5	Ông/bà có vẫn còn hút thuốc lá hoặc đã từng hút thuốc lá.	Có	Không

> 3 câu trả lời “có” thì cần đo CNHH để chẩn đoán COPD

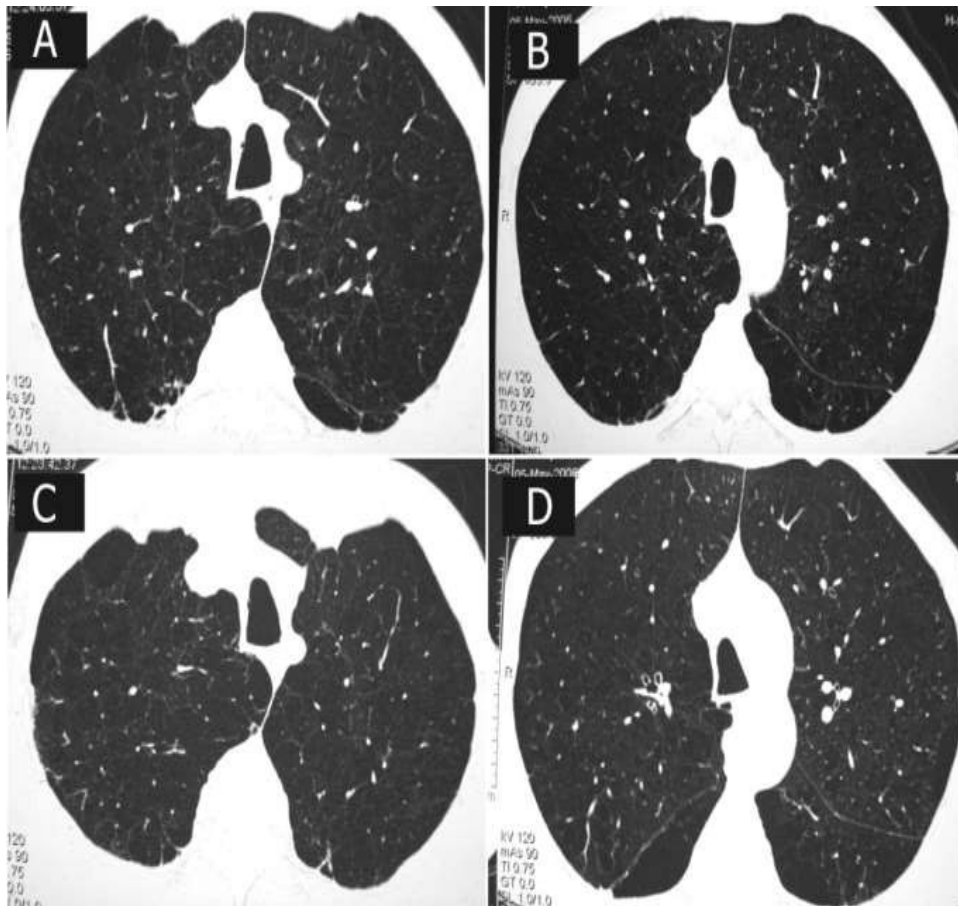
X- QUANG NGỰC



X- QUANG NGỰC

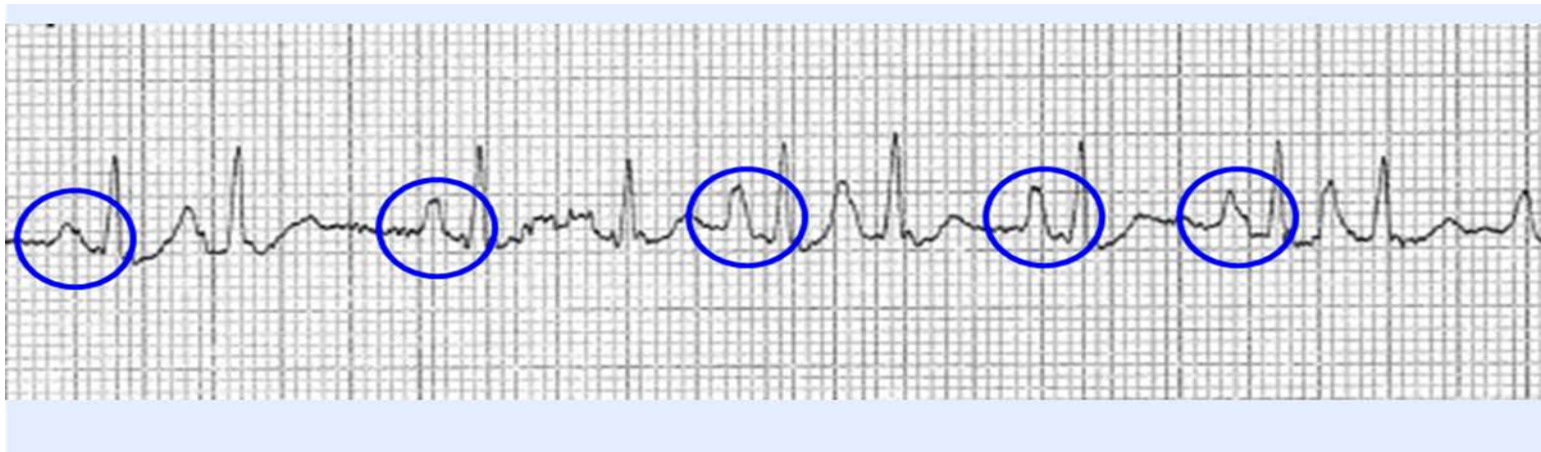


CLVT LỒNG NGỰC



ĐIỆN TÂM ĐỒ

- ❖ P phế ở DII, DIII, AVF: P cao $>2,5$ mm, nhọn, đối xứng.
- ❖ Tiêu chuẩn dày thất phải của TCYTTG: ít nhất 2 trong số các dấu hiệu sau:
 - Trục phải $> 110^\circ$.
 - R/S ở V5, V6 < 1 .
 - Sóng S chiếm ưu thế ở DI hoặc bloc nhánh phải không hoàn toàn.
 - P > 2 mm ở DII.
 - T đảo ngược ở V1 tới V4 hoặc V2 và V3.

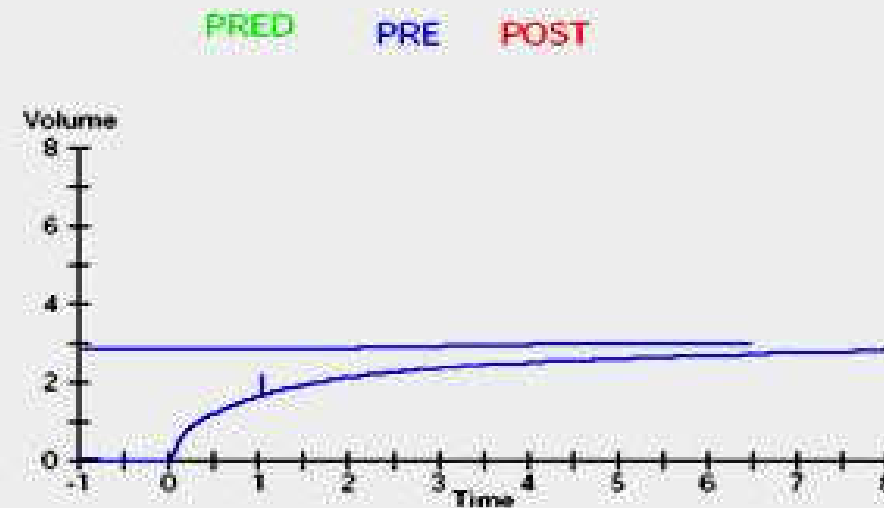
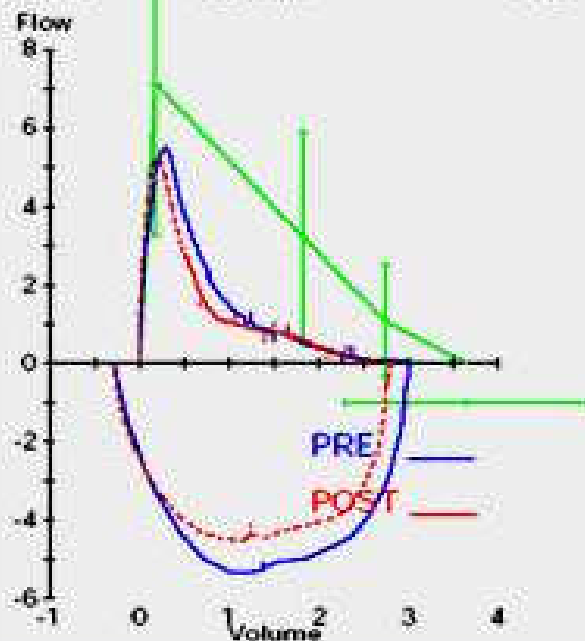


CHỨC NĂNG THÔNG KHÍ PHỔI

- Đây là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định và đánh giá mức độ nặng BPTNMT.
- **Biểu hiện rối loạn thông khí tắc nghẽn không hồi phục hoàn toàn với thuốc giãn phế quản** (400 µg salbutamol hoặc 80µg ipratropium khí dung hoặc phun hít với buồng đệm): FEV₁ giảm, chỉ số Gaensler (FEV₁/FVC) <70%, sau nghiệm pháp.

CHỨC NĂNG THÔNG KHÍ PHỔI

Thông số đo		Lý thuyết	Trước test		Sau test		Cải thiện
		PRED	BEST	%PRED	BEST	%PRED	% Chg
FVC	Liters	3.65	3.02	83	2.79	76	-8
FEV1	Liters	2.51	1.66	66	** 1.50	** 60	-9
FEV1/FVC	%	70	55		54		
FEF25-75%	L/sec	2.46	0.65	26	0.75	31	17
FEF50%	L/sec	3.22	0.80	25	0.82	25	3
PEF	L/sec	7.11	5.50	77	5.29	74	-4
MVV	L/min	112					



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%

MỘT SỐ THĂM DÒ KHÁC

- Siêu âm tim: đánh giá tình trạng suy chức năng thất phải, tăng áp lực động mạch phổi.
- Khí máu động mạch: đánh giá tình trạng suy hô hấp, rối loạn thăng bằng kiềm- toan. Đặc biệt quan trọng trong đợt cấp của bệnh.

CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

- Cần nghĩ đến chẩn đoán BPTNMT ở những bệnh nhân có ho, khạc đờm mạn tính và/hoặc tiền sử phơi nhiễm với các yếu tố gây bệnh.
- Rối loạn thông khí tắc nghẽn không hồi phục hoàn toàn với thuốc giãn phế quản: biểu hiện FEV1 giảm, chỉ số Gaensler ($FEV1/FVC < 70\%$) là tiêu chuẩn vàng của BPTNMT. Không nhất thiết phải có các dấu hiệu lâm sàng nhất là ở thời kỳ đầu của bệnh.

CHẨN ĐOÁN COPD ĐƯỢC CÂN NHẮC

- ≥ 40 tuổi;
- Có triệu chứng khó thở, ho mạn tính hoặc tăng tiết đờm; và/hoặc
- Tiền sử phơi nhiễm các yếu tố nguy cơ của COPD

TRIỆU CHỨNG

- Khó thở
- Ho mạn tính
- Tăng tiết đờm

YẾU TỐ NGUY CƠ

- Yếu tố chủ thể
- Hút thuốc
- Nghề nghiệp
- Ô nhiễm trong/ngoài nhà

1. Người bệnh chủ động đến khám
2. Cơ sở y tế chủ động qua sàng lọc phát hiện bệnh tại cộng đồng

Hô hấp ký: $FEV_1/FVC < 70\%$ sau test HPPQ
Chẩn đoán xác định

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Cần chú ý một số bệnh có biểu hiện như BPTNMT để làm thêm các thăm dò chẩn đoán xác định:

- Hen phế quản
- Lao phổi
- Giãn phế quản
- Suy tim...

Bảng 0.2. Chẩn đoán phân biệt BPTNMT với hen phế quản

Hen phế quản	BPTNMT
Thường bắt đầu khi còn nhỏ	Xuất hiện thường ở người > 40 tuổi
Các triệu chứng biến đổi từng ngày	Các triệu chứng tiến triển nặng dần
Tiền sử dị ứng thời tiết, dị ứng thức ăn, viêm khớp, và/hoặc chàm. Gia đình có người cùng huyết thống mắc hen.	Tiền sử hút thuốc lá, thuốc lá nhiều năm
Các triệu chứng ho, khó thở thường xuất hiện vào ban đêm/sáng sớm	Khó thở lúc đầu khi gắng sức sau khó thở liên tục
Ngoài cơn hen có thể hoàn toàn bình thường	Luôn có triệu chứng tại phổi
Giới hạn luồng khí thường dao động: FEV1 tăng hơn 12% và 200ml hoặc hồi phục hoàn toàn: FEV1/FVC $\geq$ 70% sau test hồi phục phế quản	Rối loạn thông khí tắc nghẽn không phục hồi hoàn toàn: FEV1/FVC < 70% sau test hồi phục phế quản
Hiếm khi có biến chứng tâm phế mạn hoặc suy hô hấp mạn	Biến chứng tâm phế mạn hoặc suy hô hấp mạn tính thường xảy ra ở giai đoạn cuối

ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU

- Mức độ nặng của tắc nghẽn đường thở
- Đặc điểm, mức độ của các triệu chứng hiện tại
- Tiền sử đợt cấp trung bình, nặng trước đó
- Khảo sát các bệnh đồng mắc

PHÂN LOẠI MỨC ĐỘ NẶNG CỦA TẮC NGHẼN ĐƯỜNG THỞ THEO GIÁ TRỊ FEV₁ SAU TEST HPPQ

Giai đoạn GOLD	Giá trị FEV ₁ sau test hồi phục phế quản
GOLD 1	FEV ₁ ≥ 80% trị số lý thuyết
GOLD 2	50% ≤ FEV ₁ < 80% trị số lý thuyết
GOLD 3	30% ≤ FEV ₁ < 50% trị số lý thuyết
GOLD 4	FEV ₁ < 30% trị số lý thuyết

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ KHÓ THỞ THEO THÁNG ĐIỂM mMRC

PLEASE TICK IN THE BOX THAT APPLIES TO YOU | ONE BOX ONLY | Grades 0 - 4

mMRC Grade 0	mMRC Grade 1	mMRC Grade 2	mMRC Grade 3	mMRC Grade 4
Khó thở khi gắng sức, tập luyện	Khó thở khi đi nhanh trên đường bằng hoặc lên dốc thấp	Đi chậm hơn người cùng tuổi trên đường bằng vì khó thở hoặc phải dừng lại để thở cả khi đi một mình trên đường bằng	Khó thở phải dừng lại sau khi đi bộ 100m (hoặc sau vài phút) trên đường bằng	Khó thở nhiều đến nỗi không thể rời khỏi nhà hoặc khó thở khi thay quần áo

Reference: ATS (1982) Am Rev Respir Dis. Nov;126(5):952-6.

ĐÁNH GIÁ ẢNH HƯỞNG CỦA COPD TỚI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG SỨC KHOẺ

CAT™ Assessment Figure 2.2

For each item below, place a mark (x) in the box that best describes you currently.
Be sure to only select one response for each question.

EXAMPLE: I am very happy	0 ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	I am very sad	Score
I never cough	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	I cough all the time	
I have no phlegm (mucus) in my chest at all	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	My chest is completely full of phlegm (mucus)	
My chest does not feel tight at all	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	My chest feels very tight	
When I walk up a hill or one flight of stairs I am not breathless	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	When I walk up a hill or one flight of stairs I am very breathless	
I am not limited doing any activities at home	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	I am very limited doing activities at home	
I am confident leaving my home despite my lung condition	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	I am not at all confident leaving my home because of my lung condition	
I sleep soundly	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	I don't sleep soundly because of my lung condition	
I have lots of energy	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	I have no energy at all	

Reference: Jones et al. ERJ 2009; 34 (3): 648-54.

TOTAL SCORE:

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.

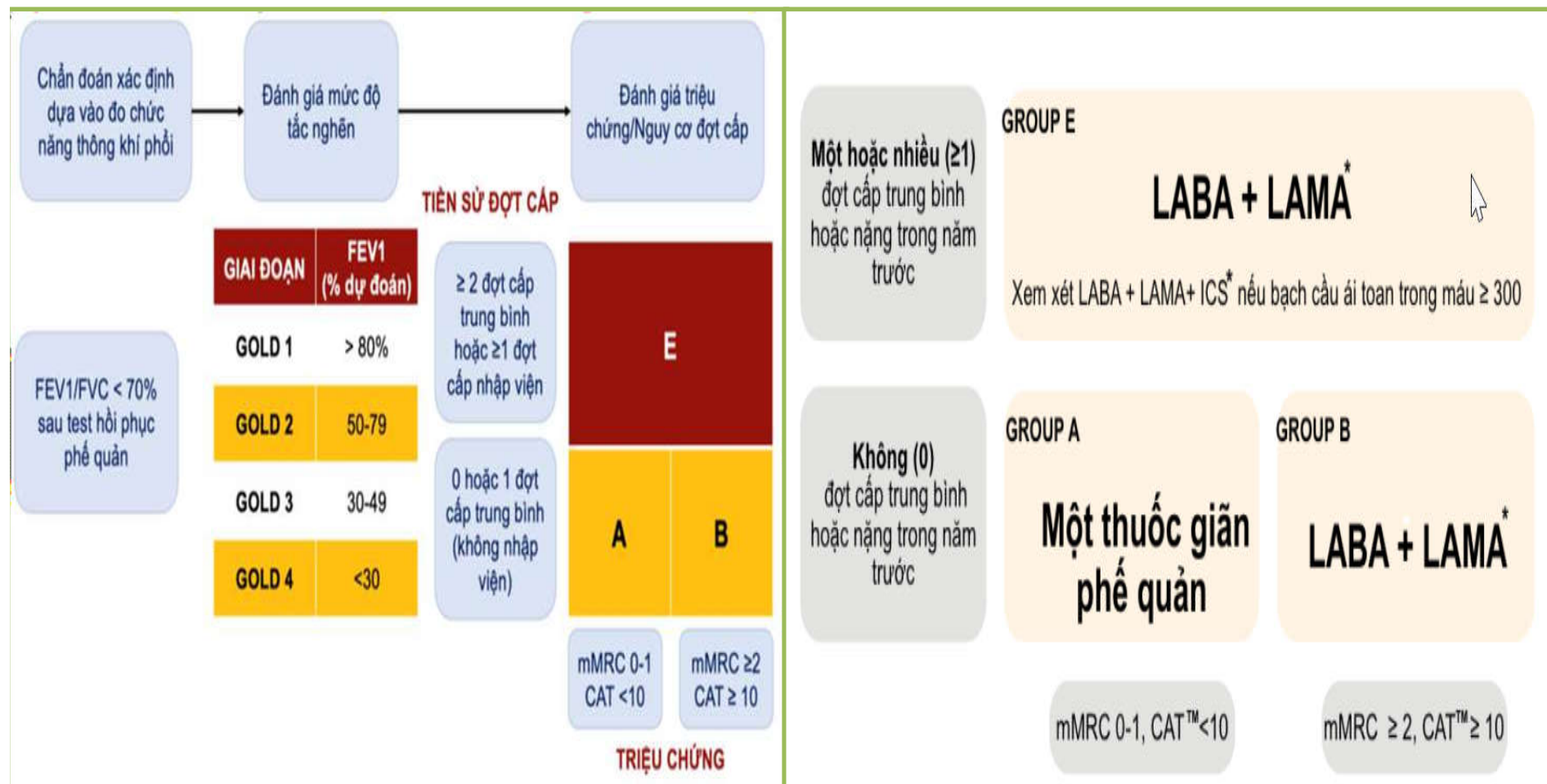
Ví dụ: Tôi rất hạnh phúc 0 ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 Tôi rất buồn

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

TỔNG ĐIỂM

Đánh giá BPTNMT™ và logo CAT là thương hiệu của Tập đoàn GlaxoSmithKline.
© 2009 GlaxoSmithKline. Bản quyền được bảo vệ.

ĐÁNH GIÁ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH



GOLD 2024-2025

GOLD 2026

GOLD 2026

Điều trị Dược lý Ban đầu



TRIỆU CHỨNG

*Liệu pháp dùng một ống hít có thể tiện lợi và hiệu quả hơn nhiều ống hít; ống hít đơn cải thiện sự tuân thủ điều trị.
Đợt cấp đề cập đến số lượng đợt cấp mỗi năm; eos: số lượng bạch cầu ái toan trong máu tính bằng tế bào trên mỗi microlit; mMRC: bảng câu hỏi về khó thở của Hội đồng Nghiên cứu Y khoa đã sửa đổi; CAT™: Bài kiểm tra Đánh giá Bệnh đường thở mãn tính™.

- Điều trị theo dõi: Dành cho bệnh nhân đang dùng thuốc, cần đánh giá lại để chỉnh liều.

MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ COPD

- Kiểm soát triệu chứng
- Tăng khả năng gắng sức
- Nâng cao tình trạng sức khỏe



GIẢM TRIỆU CHỨNG

- Làm chậm tiến triển bệnh
- Dự phòng và điều trị đợt cấp
- Giảm tử vong



GIẢM NGUY CƠ

- Các biện pháp điều trị gồm điều trị không thuốc và điều trị bằng thuốc.

LỰA CHỌN THUỐC ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU

Nhóm E LABA + LAMA* <i>Cân nhắc LABA + LAMA + ICS* nếu bạch cầu ái toan/máu $\geq 300/\mu\text{L}$</i>	
Nhóm A Một thuốc giãn phế quản	Nhóm B LABA + LAMA*
mMRC 0–1, CAT <10	mMRC ≥ 2 , CAT ≥ 10

*Liệu pháp dùng một ống hít có thể tiện lợi vì hiệu quả hơn nhiều ống hít; ống hít đơn cải thiện sự tuân thủ điều trị

HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ

Bảng 1: Lựa chọn thuốc lúc đầu dựa vào phân nhóm ABE và chỉ số bạch cầu ái toan (eosinophil) trong máu

Nhóm	Đặc điểm	Thuốc khuyên dùng	Lưu ý
A	0 đợt cấp; Ít triệu chứng	Thuốc giãn phế quản (SABA hoặc LABA/LAMA)	Ưu tiên loại tác dụng kéo dài.
B	0 đợt cấp; Nhiều triệu chứng	LABA + LAMA	Phối hợp tốt hơn dùng đơn lẻ.
E	≥ 1 đợt cấp trung bình/nặng	LABA + LAMA	Là lựa chọn ưu tiên.
E (<i>Eosinophil</i> liều cao)	Eosinophil ≥ 300 tế bào /μl	LABA + LAMA + ICS	Dùng khi Eosinophil ≥ 300 tế bào /μl

LỰA CHỌN THUỐC ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU

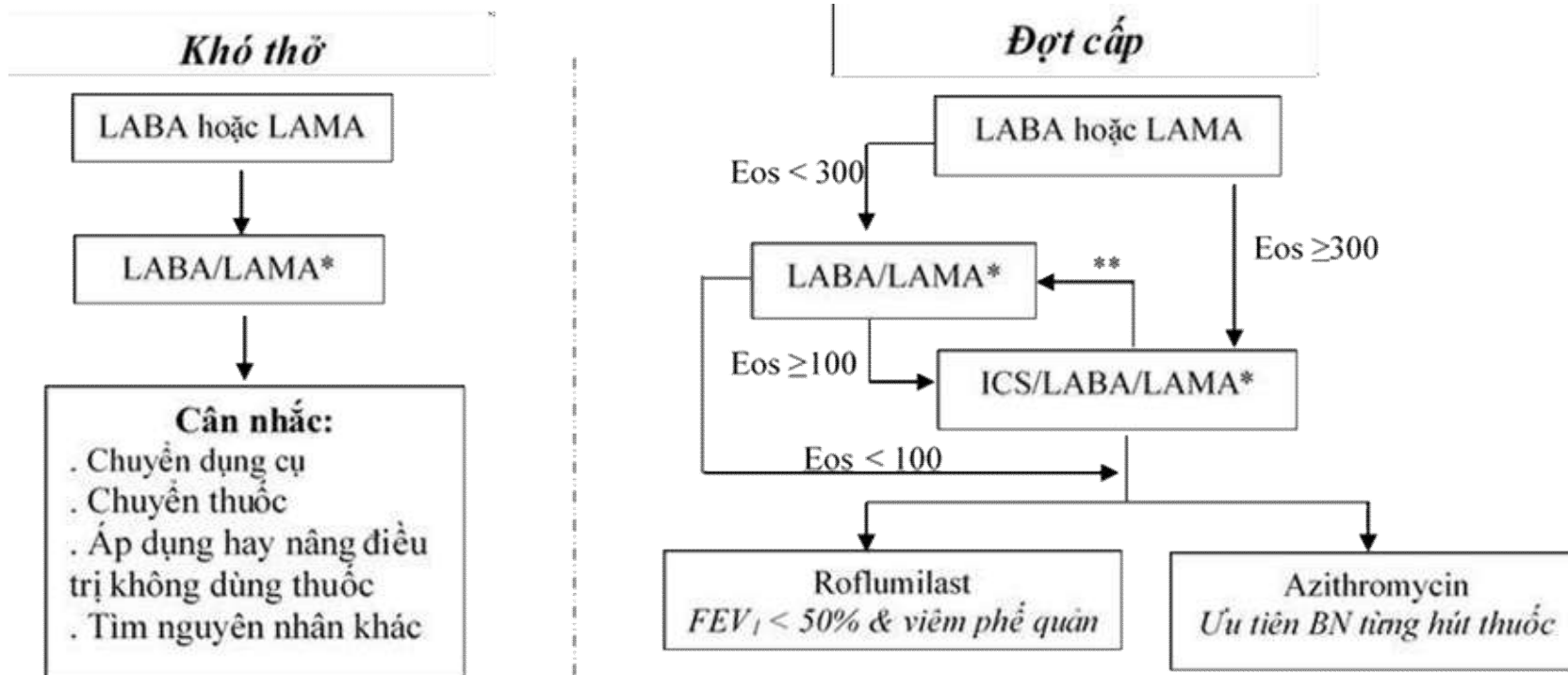
- **Bệnh nhân nhóm B:**
- Nên khởi trị bằng LABA/LAMA.
- Nếu không có sẵn phối hợp LABA/LAMA, có thể lựa chọn khởi đầu điều trị với LABA hoặc LAMA.
- Nếu không có sẵn 3 loại thuốc trên, xem xét dùng ICS/LABA khi BCAT trong máu ngoại vi > 300 tế bào/ μ l. Nếu bệnh nhân nhóm B nhưng có đặc điểm hen có thể sử dụng ICS/LABA.

LỰA CHỌN THUỐC ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU

- **Bệnh nhân nhóm E:**

- LABA/LAMA là lựa chọn ưu tiên để khởi trị
- Cân nhắc khởi trị bằng ICS/LABA/LAMA cho bệnh nhân BPTNMT nhóm E có bạch cầu ái toan trong máu (BCAT/máu) ≥ 300 tế bào/ μl .
- Nếu bệnh nhân BPTNMT có đặc điểm hen thì nên được điều trị thuốc có chứa ICS.
- Nếu phải chỉ định ICS thì ICS/LABA/LAMA trong một dụng cụ hít là lựa chọn ưu tiên vì phối hợp này hiệu quả hơn ICS/LABA. Nếu không có sẵn
- ICS/LABA/LAMA trong một dụng cụ hít, có thể thay thế bằng ICS/LABA và LAMA trong 2 dụng cụ hít.

CHUYỂN ĐỔI ĐIỀU TRỊ



* Phối hợp thuốc trong cùng 1 dụng cụ có thể thuận tiện và hiệu quả hơn nhiều dụng cụ

** Cân nhắc giảm bậc nếu viêm phổi hoặc các tác dụng phụ khác. Trường hợp Eosinophil máu ≥ 300 TB/ μ L, rút ICS có thể liên quan tăng nguy cơ đợt cấp

GOLD 2026

Theo dõi Điều trị Dược lý

Figure 3.9

2 Điều chỉnh Điều trị

TIẾP TỤC ĐIỀU TRỊ HIỆN TẠI

trừ khi khó thở hoặc (các) đợt cấp đòi hỏi phải tối ưu hóa

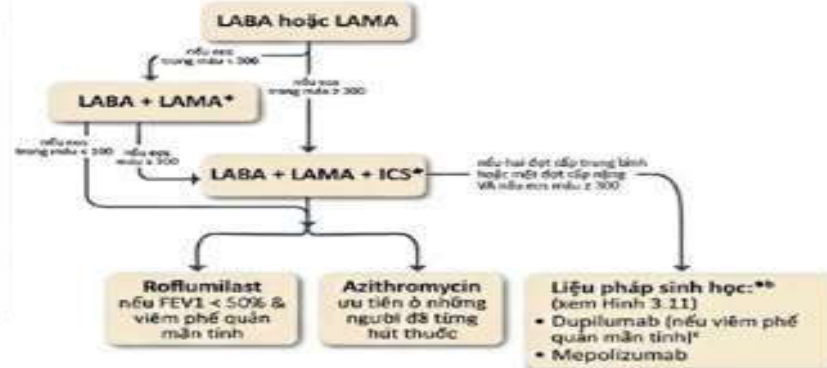
• NẾU KHÓ THỞ Kéo DÀI

LABA hoặc LAMA

LABA + LAMA*

- Cần nhắc chuyển đổi thiết bị hít hoặc các phần tử
- Thực hiện hoặc tăng cường điều trị không dùng thuốc
- Cần nhắc bổ sung ensifentrine
- Điều tra (và điều trị) các nguyên nhân khác gây khó thở

• NẾU MỘT HOẶC NHIỀU ĐỢT CẤP TRUNG BÌNH HOẶC NẶNG



*Liệu pháp dùng một ống hít có thể tiện lợi và hiệu quả hơn nhiều ống hít; ống hít đơn cải thiện sự tuân thủ điều trị.

**Được liệt kê theo thứ tự phê duyệt tại Hoa Kỳ.

*Tiền sử viêm phế quản mãn tính do bệnh nhân tự báo cáo (ho có đờm mãn tính) trong 3 tháng trong năm trước thời điểm sàng lọc, khi không có các nguyên nhân đã biết khác. Cần nhắc giảm bậc điều trị ICS nếu bị viêm phổi hoặc các tác dụng phụ đáng kể khác. Trong trường hợp bạch cầu ái toan trong máu ≥ 300 tế bào/ μ l, việc giảm bậc điều trị có nhiều khả năng liên quan đến việc xuất hiện các đợt cấp.

LƯU Ý KHI SỬ DỤNG ICS

Factors to Consider when Initiating ICS Treatment

Figure 3.10

Factors to consider when adding ICS to long-acting bronchodilators:

(note the scenario is different when considering ICS withdrawal)

**STRONGLY
FAVORS USE**

History of hospitalization(s) for exacerbations of COPD[#]
≥ 2 moderate exacerbations of COPD per year[#]
Blood eosinophils ≥ 300 cells/ μ L
History of, or concomitant asthma

FAVORS USE

1 moderate exacerbation of COPD per year[#]
Blood eosinophils 100 to < 300 cells/ μ L

AGAINST USE

Repeated pneumonia events
Blood eosinophils < 100 cells/ μ L
History of mycobacterial infection

- Không nên ngừng ICS ở bệnh nhân đang dùng LABA + LAMA + ICS hoặc bệnh nhân có eosinophil ≥ 300 tế bào/ μ L do tăng nguy cơ đợt cấp, trừ khi:

+ Dùng không phù hợp: Bệnh nhân không có kiểu hình viêm tăng bạch cầu ái toan (Eos thấp < 100) và không có tiền sử đợt cấp, nhưng lại được kê đơn ICS

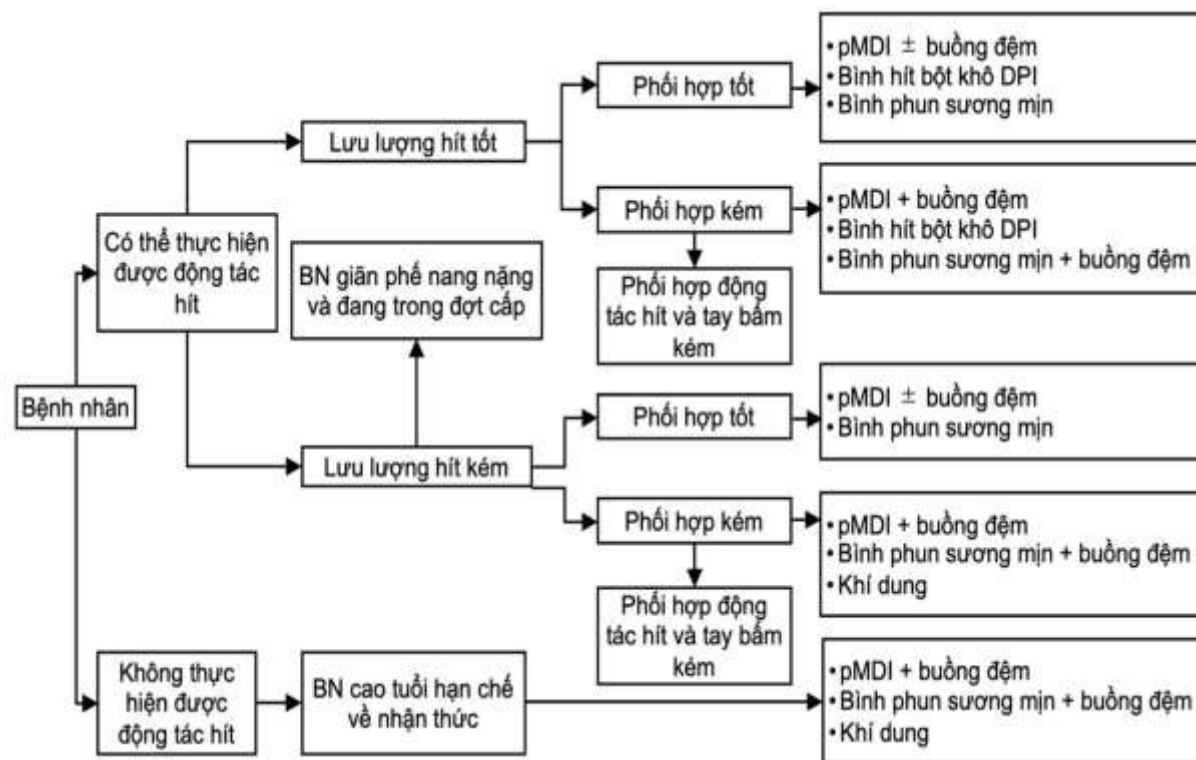
+ Không đáp ứng điều trị.

+ Xuất hiện tác dụng phụ đáng kể: Viêm phổi tái diễn, nhiễm nấm miệng nặng hoặc các tác dụng phụ hệ thống khác.

KHÁI NIỆM MỚI: HOẠT ĐỘNG BỆNH VÀ MỤC TIÊU KIỂM SOÁT BỆNH

- ✓ GOLD 2026 đánh dấu một bước ngoặt khi chuyển dịch mục tiêu điều trị từ việc chỉ giảm triệu chứng tức thời sang việc kiểm soát toàn diện hoạt động của bệnh. Một bệnh nhân được coi là đạt trạng thái "Hoạt động bệnh thấp" (Low Disease Activity - LDA) khi đáp ứng đồng thời 3 yếu tố sau:
- ✓ Đợt cấp: Không xuất hiện bất kỳ đợt cấp nào (từ trung bình đến nặng). Điều này giúp giảm gánh nặng viêm hệ thống và nguy cơ tử vong do biến cố tim mạch sau đợt cấp.
- ✓ Triệu chứng: Các thang điểm đánh giá triệu chứng (như CAT hoặc mMRC) duy trì ở mức thấp và không có sự biến thiên lớn giữa các ngày. Bệnh nhân không phải tăng tần suất sử dụng thuốc cắt cơn (SABA).
- ✓ Chức năng phổi: Tốc độ sụt giảm FEV1 hàng năm nằm trong giới hạn lão hóa tự nhiên, không có sự sụt giảm nhanh.

LỰA CHỌN DỤNG CỤ PHÂN PHỐI THUỐC



CÁC BIỆN PHÁP ĐIỀU TRỊ KHÔNG THUỐC

- Tránh tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ: thuốc lá, thuốc lào, khói bụi
- Tập PHCNHH, khuyến khích NB sử dụng các chương trình trực tuyến
- Dinh dưỡng hợp lý
- Thở oxy dài hạn
- Thông khí không xâm nhập: BiPAP hoặc CPAP
- Điều trị giảm thể tích phổi, ghép phổi

CAI NGHIỆN THUỐC LÁ, THUỐC LÀO

HỎI

xem tình trạng hút thuốc của người bệnh để có kế hoạch phù hợp.

KHUYÊN

đưa ra lời khuyên phù hợp và đủ sức thuyết phục người bệnh bỏ hút thuốc.

ĐÁNH GIÁ

xác định nhu cầu cai thuốc thực sự của người bệnh.

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.

SẮP XẾP

có kế hoạch theo dõi, hỗ trợ trực tiếp hoặc gián tiếp để người bệnh cai được thuốc và tránh tái nghiện.

CAI NGHIỆN THUỐC LÁ, THUỐC LÀO

- Thuốc hỗ trợ cai thuốc lá: giúp giảm nhẹ hội chứng cai thuốc và làm tăng tỷ lệ cai thuốc thành công
- Phối hợp tư vấn ngắn và tư vấn sâu
- Bao gồm:
 - Nicotin thay thế
 - Bupropion: giảm ham muốn hút thuốc
 - Varenicline: giảm triệu chứng khi cai thuốc lá và giảm sáng khoái khi hút thuốc



TIÊM PHÒNG VACXIN PHÒNG NHIỄM TRÙNG HÔ HẤP

- Có thể làm giảm các đợt cấp nặng và giảm tỷ lệ tử vong.
- Tiêm phòng vắc xin cúm: vào đầu mùa thu và tiêm nhắc lại hàng năm
- Tiêm vắc xin phế cầu: tiêm 1 mũi PCV20 hoặc 1 mũi PCV15 tiếp theo là 1 mũi PPSV23 (với người chưa tiêm). Trong trường hợp đã tiêm 1 mũi PPSV23 thì sẽ tiêm thêm 1 mũi PCV15 hoặc PCV20 sau 1 năm.
- Tiêm phòng vắc xin SARS-Cov-2 (COVID-19)
- Vắc xin Tdap (bạch hầu - uốn ván - ho gà): tiêm phòng 1 mũi và nhắc lại sau mỗi 10 năm (nếu chưa tiêm), còn với bệnh nhân đã tiêm vắc xin Tdap sẽ tiêm liều nhắc lại sau 10 năm tính từ liều đã tiêm.
- Vắc xin phòng zona (zoster vaccin): cho người bệnh BPTNMT > 50 tuổi.
- Vắc xin RSV được khuyến cáo tiêm

THÔNG KHÍ KHÔNG XÂM NHẬP DÀI HẠN TRONG COPD TĂNG CO₂ MÁU MẠN TÍNH

Thở oxy dài hạn tại nhà

- PaO₂ ≤ 55 mmHg hoặc SaO₂ ≤ 88% trên hai mẫu máu trong vòng 3 tuần, bệnh nhân trong giai đoạn ổn định, ở trạng thái nghỉ ngơi, không thở oxy, đã sử dụng các biện pháp điều trị tối ưu.
- PaO₂ từ 56 - 59 mmHg hoặc SaO₂ ≤ 88% kèm thêm một trong các biểu hiện: Dấu hiệu suy tim phải, Đa hồng cầu (hematocrit > 55%), Tăng áp động mạch phổi đã được xác định (siêu âm Doppler tim...).

Thở máy không xâm nhập

- Tăng CO₂ máu ban ngày (PaCO₂ ≥ 53 mmHg) và tiền sử nhập viện gần đây.
- Chồng lấp Hội chứng ngưng thở khi ngủ

NỘI SOI CAN THIỆP VÀ PHẪU THUẬT

Phẫu thuật giảm thể tích phổi

Tuổi < 75, khó thở nặng mặc dù đã điều trị nội khoa tối ưu và phục hồi chức năng phổi tối đa, đã bỏ thuốc lá > 6 tháng, FEV1 < 45%, DLCO > 20%, RV > 150%, TLC > 100%, RV/TLC tăng, Tình trạng căng phồng phổi quá mức và khí phế thũng phân bố không đồng nhất, khí phế thũng thùy trên phổi; Sau phục hồi chức năng, khoảng cách đi bộ 6 phút > 140m.

Ghép phổi

Khi bệnh tiến triển nặng mặc dù đã điều trị nội khoa tối đa; không có chỉ định phẫu thuật giảm thể tích phổi, chỉ số BODE từ 5 - 6, PaCO₂ > 50 mmHg và/hoặc PaO₂ < 60 mmHg và FEV1 < 25%.

Những bệnh nhân BPTNMT nên được đưa vào danh sách ghép phổi khi chỉ số BODE > 7, FEV1 < 15% - 20% và đã có ≥ 3 đợt cấp nặng trong năm trước, hoặc một đợt cấp nặng kèm theo suy hô hấp tăng CO₂ hoặc bị tăng áp phổi từ trung bình đến nặng.

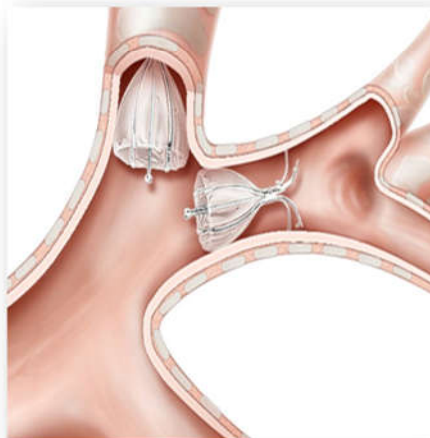
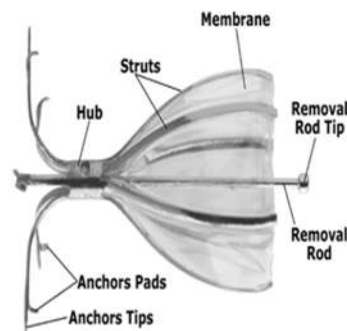
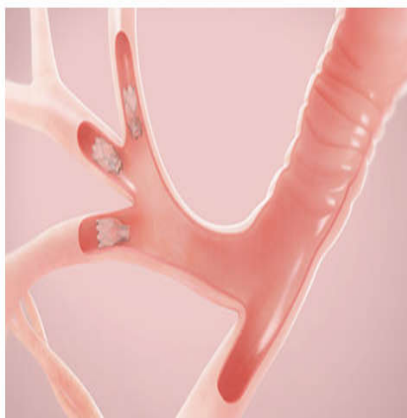
Nội soi can thiệp

Mục tiêu: giảm thể tích phổi qua nội soi.

Đặt van một chiều nội phế quản

Stent bắc cầu đường thở

GIẢI THỂ TÍCH PHỔI QUA NỘI SOI

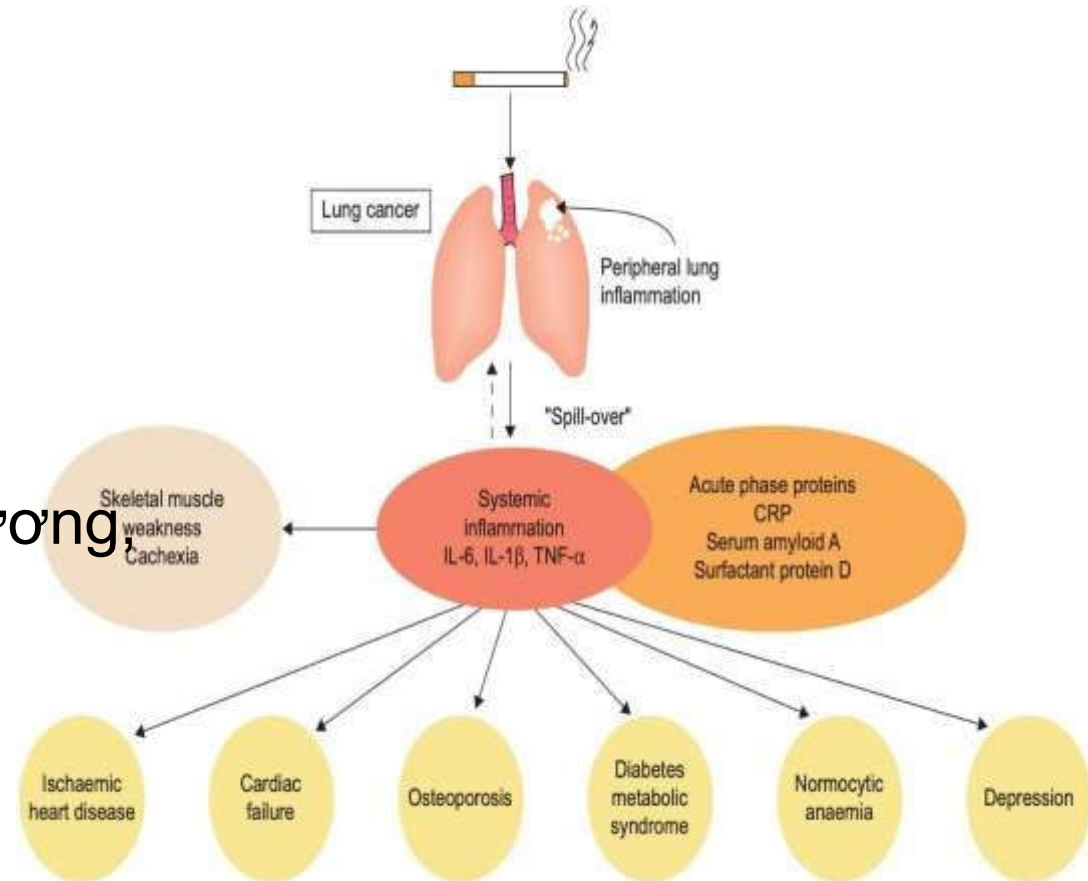


COPD VÀ BỆNH ĐỒNG MẮC

- COPD được công nhận là một bệnh đa cơ quan phức tạp thường tồn tại cùng với các bệnh lý đồng mắc.
- Các bệnh lý đi kèm phổ biến: bệnh tim mạch, rối loạn chuyển hóa, ung thư phổi, giãn phế quản và rối loạn giấc ngủ.
- Sự tồn tại đồng thời của các bệnh đồng mắc: tiên lượng xấu hơn và chất lượng cuộc sống kém hơn so với những bệnh nhân không có bệnh đồng mắc.

ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH ĐỒNG MẮC

- Bệnh lý tim mạch
- ĐTĐ
- Rối loạn chuyển hoá
- Ung thư phổi
- Nguy cơ cao: Loãng xương, gãy xương
- Trầm cảm
- Ngưng thở khi ngủ



COPD VÀ BỆNH TIM MẠCH (CVD)

- Bệnh nhân COPD có tỷ lệ mắc và tử vong do CVD cao hơn
- Tỷ lệ tử vong do CVD cao hơn so với tỷ lệ tử vong liên quan đến suy hô hấp ở bệnh nhân COPD
- Khó thở và dung nạp gắng sức kém hơn, tỷ lệ nhập viện cao hơn
- Các bệnh phổ biến:
 - Bệnh tim thiếu máu cục bộ.
 - Rối loạn nhịp tim.
 - Suy tim

COPD VÀ BỆNH TIM MẠCH (CVD)

- Trong đợt cấp tính, bệnh nhân COPD dễ bị các biến cố tim mạch
- Đợt cấp của bệnh COPD có liên quan đến tăng nguy cơ nhồi máu cơ tim cấp
- CRP, fibrinogen, NTproBNP troponin tăng trong đợt cấp COPD: yếu tố nguy cơ độc lập đối với tỷ lệ tử vong.
- NT-pro-BNP tăng: thời gian nằm viện dài hơn và tiên lượng cần điều trị ICU

COPD VÀ UNG THƯ PHỔI

- Sàng lọc: Chụp CT ngực liều thấp (LDCT) để phát hiện ung thư phổi ở giai đoạn sớm.
- Lợi ích của sàng lọc: Giảm tỷ lệ tử vong do ung thư phổi, đặc biệt ở những người có nguy cơ cao
- Khuyến cáo sàng lọc thường xuyên cho người trên 55 tuổi có tiền sử hút thuốc lá nặng.

HỘI CHỨNG CHỒNG LẤP COPD – OSA (OCOS)

- 15% bệnh nhân COPD có đồng mắc OSA
- Bệnh nhân OSA: tỷ lệ COPD là 7,6%
- COPD mức độ tắc nghẽn rất nặng: tỷ lệ OSA là 43%
- Ho và khó thở làm gián đoạn giấc ngủ
- Bệnh nhân OCOS có tình trạng tăng CO₂ máu nghiêm trọng hơn so với OSA hoặc COPD đơn thuần
- Các thông số giấc ngủ kém hơn: hiệu quả giấc ngủ thấp, giảm độ bão hòa oxy máu, điểm epworth cao, chỉ số vi thức cao
- Điều trị: Thở oxy ban đêm, CPAP là lựa chọn ưu tiên hàng đầu, BIPAP: bệnh nhân COPD có tăng CO₂ máu mạn tính

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÔ HẤP

- Mục tiêu:
 - Giảm triệu chứng
 - Cải thiện chất lượng cuộc sống
 - Gia tăng các hoạt động thể chất và xã hội trong đời sống hàng ngày.
- Chỉ định: Cần được thực hiện ở tất cả bệnh nhân BPTNMT có triệu chứng và/hoặc có nguy cơ đợt cấp cao
- Chống chỉ định:
 - Có các vấn đề về chỉnh hình hoặc thần kinh có thể làm hạn chế khả năng đi lại hoặc phối hợp trong lúc tập vận động.
 - Có các bệnh phối hợp như bệnh tâm thần, bệnh tim mạch không ổn định.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÔ HẤP

- Chương trình PHCNHH toàn diện bao gồm:
 - Lượng giá bệnh nhân
 - Tập vận động: tập sức bền, tập sức cơ, tập căng giãn
 - Tập cơ hô hấp
- Giáo dục sức khỏe và tự quản lý bệnh: giáo dục kiến thức, kĩ năng, hành vi BPTNMT

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÔ HẤP

Bài tập các kiểu thở



Tập thở chúm môi



Tập thở cơ hoành



Kỹ thuật thở ra mạnh

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÔ HẤP



Vỗ rung lồng ngực



Rung lồng ngực và nhún sườn



Hô có kiểm soát



Hô hữu liên

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÔ HẤP



Tập cơ chi trên với tạ



Tập cơ chi dưới với ghế tập

Các bài tập tăng sức bền toàn thân



Đi bộ trên thảm lăn



Tập với xe đạp

DINH DƯỠNG

- Sàng lọc và đánh giá mức độ suy dinh dưỡng dựa vào cân nặng hoặc BMI
- Điều chỉnh suy dinh dưỡng theo các nhu cầu:
- Nhu cầu năng lượng
- Nhu cầu lipid
- Nhu cầu protein
- Nhu cầu glucid
- Nhu cầu vitamin
- Nhu cầu muối khoáng
- Nhu cầu điện giải và nước



CHĂM SÓC GIẢM NHẸ

- Mục tiêu: ngăn ngừa và giảm bớt đau khổ, và hỗ trợ chất lượng cuộc sống tốt nhất có thể cho bệnh nhân và gia đình của họ, bất kể giai đoạn bệnh hay nhu cầu trị liệu khác.
- Đánh giá toàn diện:
 - Triệu chứng: Khó thở, ho, mệt mỏi, đau đớn, lo âu, trầm cảm, rối loạn giấc ngủ, chán ăn, sụt cân.
 - Chất lượng sống: Sử dụng các công cụ đánh giá như CRQ, CAT, mMRC.
 - Nhu cầu tâm lý - xã hội: Mối quan hệ gia đình, hỗ trợ xã hội, tình trạng tài chính, nhu cầu về thông tin và giáo dục.
 - Nhu cầu tinh thần: Quan điểm về bệnh tật, giá trị sống, ý nghĩa cuộc sống, nhu cầu về tâm linh và tôn giáo.

TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Giáo dục tư vấn cho người bệnh hiểu biết về bản chất của BPTNMT, nguyên nhân và tác động của các yếu tố như hút thuốc lá, ô nhiễm không khí, khói bụi...
- Hướng dẫn bệnh nhân tự nhận biết về các triệu chứng của đợt cấp và các dấu hiệu nặng của bệnh và cách nhận biết khi bệnh tiến triển (như khó thở, ho, khạc đờm, mệt mỏi...)
- Tư vấn cai nghiện thuốc lá, hướng dẫn các bài tập PHCN hô hấp, hướng dẫn và kiểm tra các sử dụng thuốc
- Có thể phát triển Telehealth, hoặc các buổi sinh hoạt CLB qua Zoom nhằm phát huy tối đa các phương pháp giúp cải thiện chất lượng cuộc sống và ngăn ngừa tiến triển của bệnh giúp cho bệnh nhân

THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Theo dõi sự tiến triển của bệnh, biến chứng và các bệnh đồng mắc
- **Đo chức năng hô hấp (3-6 tháng/1 lần):** Để theo dõi sự sụt giảm của FEV_1 ,
- **Triệu chứng:** Hỏi thông tin về các triệu chứng của bệnh ở mỗi lần khám so với lần khám cuối cùng bao gồm: ho, khạc đờm, khó thở, mệt mỏi, hạn chế hoạt động, rối loạn giấc ngủ....
- **Đợt cấp:** Hỏi về tần suất, mức độ nặng, căn nguyên của đợt cấp
- **Chẩn đoán hình ảnh:** chụp phim phổi khi thấy triệu chứng nặng lên rõ rệt
- **Tình trạng hút thuốc:** Cần phải hỏi về hút thuốc chủ động, thụ động ở mỗi lần tái khám và tiếp tục tư vấn cai thuốc

THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- **Điều trị bằng thuốc**
- Để có được liệu pháp điều trị bằng thuốc phù hợp với NB cần phải hỏi về việc sử dụng thuốc của bệnh nhân ở mỗi lần tái khám. Có thể thay đổi điều trị nếu thấy chưa phù hợp
- Có thể tập trung kiểm tra và theo dõi một số vấn đề sau:
 - Thuốc được kê và liều lượng
 - Sự tuân thủ điều trị
 - Kỹ thuật sử dụng các dụng cụ phun hít thuốc giãn phế quản
 - Hiệu quả của liệu pháp điều trị hiện tại
 - Tác dụng phụ

THỰC TRẠNG THUỐC TRONG QUẢN LÝ COPD TẠI VIỆT NAM

- BHYT:

- **ICS/LABA**

- SABA/SAMA

- Theophylline

- Giãn phế quản dạng uống

- LAMA

- LABA đơn thuần

- LABA/LAMA

COPD nhiều đợt cấp

Hỗ trợ về triệu chứng

Xem xét

Khi không có dạng hít

Số lượng hạn chế, đặc biệt
tại BV tuyến quận, BV tỉnh

LỰA CHỌN THUỐC ĐIỀU TRỊ COPD GĐ ỔN ĐỊNH

- Tùy vào tính sẵn có, giá thành và đáp ứng (triệu chứng và tác dụng phụ) của từng bệnh nhân.
- Chọn loại dụng cụ hít, tùy vào tính sẵn có, giá thành, bác sĩ, khả năng sử dụng của bệnh nhân.
- Thuốc hợp lý: Sẵn có, bệnh nhân có thể chi trả, có hiệu quả, chấp nhận dùng và tuân thủ điều trị

KẾT LUẬN

- COPD là một bệnh mang tính hệ thống đặc trưng bởi các TC hô hấp dai dẳng và các bệnh lý đồng mắc làm cho bệnh nặng thêm.
- Điều trị COPD nhằm mục đích giảm TC và giảm nguy cơ, phối hợp các biện pháp bằng thuốc và không thuốc
- Các biện pháp ĐT không thuốc rất quan trọng: PHCN, dinh dưỡng, cai thuốc lá, vắc xin...
- Quản lý theo dõi BN COPD cần đánh giá một cách toàn diện, cá thể hóa điều trị.



XIN TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!