

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH THEO HƯỚNG DẪN CỦA GOLD 2017

ThS.BS. Nguyễn Quang Đợi
Trưởng khoa Hô Hấp – Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương

1. Giới thiệu về GOLD

Mặc dù bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD: chronic obstructive pulmonary disease) được coi là nguyên nhân chính gây mắc bệnh và tử vong vào cuối những năm 1990, là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ tư trên thế giới, và được dự báo tỷ lệ mắc và tử vong sẽ tiếp tục tăng trong những thập kỷ tiếp theo. Nhưng những quan điểm sai lầm về bệnh lại xuất hiện trong trong số các nhân viên y tế. Điều này dẫn đến các hạn chế trong công tác phòng bệnh tiên phát và thứ phát. Quan điểm phần lớn cho rằng COPD là bệnh tự phát và có kết quả điều trị đáng thất vọng tại thời điểm đó. Mặc dù những luận cứ tương tự có thể được sử dụng cho nhiều chứng rối loạn có tính phổ biến cao khác như bệnh tim mạch và chuyển hoá. Tuy nhiên điều này không ngăn cản được những nỗ lực nghiên cứu lâm sàng và các nghiên cứu cơ bản cũng như phát triển các chiến lược điều trị và phòng ngừa thành công cho các bệnh khác.

Với bối cảnh và những mối quan tâm như vậy, một số chuyên gia về COPD trên khắp thế giới đã tổ chức một cuộc hội thảo khoa học tại Brussels (Bi) vào tháng 1 năm 1997 để tìm cách phát triển một sáng kiến toàn cầu về COPD (được gọi là sáng kiến toàn cầu về bệnh phổi mạn tính: Global Initiative for Chronic Lung Disease, hay GOLD vào 2 năm sau đó). Cuối cùng Romain Pauwels (1943-2005), Giáo sư y khoa tại Bệnh viện Đại học Ghent (Bi), cùng với lãnh đạo của Viện Y tế Quốc gia Hoa Kỳ (NIH) (Giáo sư Claude Lenfant và Giáo sư Suzanne Hurd) và Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) (Nikolai Khaltsev, từng là Chủ tịch của WHO). Các đại biểu đồng ý rằng dự án là kịp thời và quan trọng và đề nghị thành lập Ủy ban chuyên môn với nhiều chủ đề liên quan đến COPD, chuẩn bị một báo cáo dựa trên bằng chứng về chẩn đoán,

quản lý và dự phòng COPD.

Các chuyên gia y tế từ nhiều vùng trên thế giới được yêu cầu phục vụ trong Hội đồng Chuyên gia, bao gồm các chuyên gia y tế trong lĩnh vực hô hấp, dịch tễ học, bệnh lý học, kinh tế xã hội, y tế công cộng và giáo dục sức khoẻ. Bước đầu hướng tới việc xây dựng báo cáo hội thảo là rà soát lại các hướng dẫn về COPD đã được công bố và tóm tắt những điểm giống và khác nhau trong các hướng dẫn đó. Khi có sự đồng thuận, Ban chuyên gia đã rút ra từ các tài liệu này để sử dụng trong báo cáo. Khi có sự khác biệt lớn, ban chuyên gia đồng ý kiểm tra các bằng chứng khoa học để đưa ra một kết luận độc lập.

Tháng 4 năm 1998, Viện Tim, Phổi và Máu Quốc gia (NHLBI: the National Heart, Lung and Blood Institute) và WHO đồng tài trợ cho một hội thảo để bắt đầu xây dựng báo cáo GOLD trong tương lai. Các thành viên tham dự hội thảo được chia thành 3 nhóm với các chủ đề tương ứng: "Định nghĩa và lịch sử tự nhiên", do Sonia Buist chủ trì, "Sinh lý bệnh, các yếu tố nguy cơ, chẩn đoán và phân loại mức độ nặng", do Leonardo Fabbri chủ trì và "Quản lý bệnh" do R Pauwels chủ trì. Ủy ban đồng ý rằng các khuyến cáo lâm sàng nên dựa trên bằng chứng khoa học hoặc thay thế bằng "ý kiến chuyên gia". Vào tháng 9 năm 1998, các thành viên đã xem xét nhiều khía cạnh bằng chứng và lựa chọn để phân loại thành các cấp độ bằng chứng khác nhau để tuyên bố, sử dụng hệ thống do NHLBI phát triển và các khuyến cáo quản lý cụ thể hơn khi thích hợp.

Hội đồng đã họp lại vào tháng 5 và tháng 9 năm 1999, tháng 5 năm 2000, kết hợp với các cuộc họp của Hội lồng ngực Hoa Kỳ (ATS: American Thoracic Society) và Hội Hô hấp Châu Âu (ERS: European Respiratory Society). Hội nghị chuyên đề được tổ chức tại các cuộc họp này để trình bày về chương trình phát triển và thu thập các ý kiến và bình luận. Cuộc họp tháng 5 năm 2000 là hội thảo đồng thuận cuối cùng. Sau hội thảo này, tài liệu đã được đệ trình để các chuyên gia quốc tế và các hiệp hội y tế quan tâm đến quản lý COPD đánh giá. Các nhận xét của các nhà khoa học

được hợp nhất vào tài liệu cuối cùng khi thích hợp (tức báo cáo GOLD 2001 trong tương lai) của Chủ tịch kết hợp với các thành viên của Ủy ban chuyên gia.

Trước khi đưa ra công bố, báo cáo đã được NIH và WHO xem xét. Một hội thảo đã được tổ chức vào tháng 9 năm 2000 để bắt đầu thực hiện chương trình GOLD. Báo cáo của hội thảo cũng được sử dụng làm cơ sở cho việc xây dựng các tài liệu mang tính thực hành và súc tích hơn. Do đó, một bản tóm tắt hướng dẫn thực hiện đã được xuất bản tại một trong những tạp chí có uy tín nhất về hô hấp, và một ấn bản của NIH và một hướng dẫn bỏ túi cho các bác sĩ và y tá, cũng như một hướng dẫn nhỏ cho bệnh nhân và gia đình họ đã được xây dựng.

Báo cáo đầu tiên của GOLD vào năm 2001 có một số đặc điểm nổi bật. Thứ nhất, đã đề xuất một phân loại mới về mức độ nặng của COPD, dựa trên chức năng hô hấp và các rối loạn khí máu động mạch, tại thời điểm đó được coi là một cách tiếp cận thực tế khi áp dụng trong thực hành. Thứ hai, giai đoạn 0 của GOLD (hay "Có nguy cơ"), được xác định khi chức năng hô hấp bình thường ở những bệnh nhân có ho và khạc đờm mạn tính, được đề cập như một cơ hội để nhận diện và can thiệp sớm ở những người có nguy cơ. Mặc dù các lần tái bản sau đó GOLD đã bỏ đi khái niệm này, cuộc tranh luận về tính xác đáng của các triệu chứng hô hấp mạn tính ở những người có chức năng hô hấp bình thường vẫn tiếp tục cho đến ngày nay.

Cuối cùng, về khía cạnh hậu cần và pháp lý, cần nhớ lại rằng GOLD đã được thực hiện (và vẫn được thực hiện cho đến ngày hôm nay) với tư cách là một tổ chức phi tài chính, phi lợi nhuận, được miễn thuế. Mục tiêu chính của hoạt động này nhằm thúc đẩy một mạng lưới toàn cầu gồm các tổ chức y tế chuyên nghiệp, các tổ chức / hiệp hội bệnh nhân, các cơ quan chính phủ, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các cá nhân quan tâm đến nghiên cứu, chăm sóc, phòng chống COPD để cải thiện: (1) nhận thức và nguồn lực giáo dục dựa trên bằng chứng về COPD cho các chuyên gia y tế, các tổ chức y tế, và công chúng; (2) phòng ngừa, chẩn đoán và quản lý COPD; (3) thúc đẩy các nghiên cứu cần thiết để lấp đầy khoảng trống vẫn tồn tại

khi dựa trên các bằng chứng khoa học hiện có.

2. Định nghĩa

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease) là một bệnh thường gặp, có thể phòng và điều trị được, đặc trưng bởi các triệu chứng hô hấp và giới hạn luồng khí thở dai dẳng. Các đặc điểm này được gây ra bởi các bất thường của đường thở và/hoặc phế nang do tiếp xúc với các hạt hoặc khí độc hại. Tắc nghẽn đường thở mạn tính là đặc trưng của COPD, là sự kết hợp bệnh đường thở nhỏ (small airways disease, ví dụ: viêm tiểu phế quản tắc nghẽn) và phá hủy nhu mô phổi (emphysema: khí phế thũng), các tổn thương này có thể thay đổi khác nhau giữa các bệnh nhân.

3. Dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease) hiện đang là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ tư trên thế giới nhưng được dự báo sẽ là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 3 vào năm 2020. Hơn 3 triệu người chết vì COPD vào năm 2012, chiếm 6% tổng số ca tử vong trên toàn cầu. COPD gây ra một thách thức lớn cho ngành y tế và toàn xã hội nhưng là bệnh có thể phòng và điều trị được. COPD là nguyên nhân chính gây tử vong và dẫn đến các bệnh mạn tính toàn cầu; nhiều người bị bệnh này trong nhiều năm, và chết sớm do bệnh hoặc các biến chứng. Trên phạm vi toàn cầu, gánh nặng COPD dự kiến sẽ tăng trong những thập kỷ tới vì tiếp tục phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ và tình trạng già hóa dân số.

Tại Việt Nam, nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc COPD chung cho cả hai giới là 4,2%. Tỷ lệ mắc bệnh ở khu vực miền Bắc cao hơn ở miền Nam. Theo một thống kê tại Bệnh viện Bạch Mai, tỷ lệ mắc COPD trong dân cư thành phố Hà Nội là 2%, ở Hải Phòng là 5,65%. Tại các khoa Hô Hấp, COPD cũng là bệnh lý chiếm tỷ lệ cao nhất

4. Cơ chế tắc nghẽn đường thở ở bệnh nhân COPD



Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD

Cơ chế tắc nghẽn đường thở COPD

Bệnh đường thở nhỏ

- Viêm đường thở
- Xơ hóa đường thở, tắc nghẽn
- Tăng sức cản đường thở

Phá hủy nhu mô

- Đứt gãy các sợi liên kết quanh phế nang
- Giảm sức đàn hồi

TẮC NGHẼN ĐƯỜNG DẪN KHÍ

5. Nguyên nhân nào gây nên bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

- ❖ **Khói thuốc lá:** bao gồm thuốc lá (cigarette), ống điếu (pipe), xì gà (cigar), ống nước (water-pipe) và các loại khác phổ biến ở nhiều quốc gia.
- ❖ **Ô nhiễm không khí trong nhà:** từ nhiên liệu sinh khối dùng để đun nấu và sưởi ấm ở các nhà ở kém thông khí (vented dwellings), là một yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đặc biệt đến phụ nữ ở các nước đang phát triển.
- ❖ **Các nguy cơ nghề nghiệp:** bao gồm bụi hữu cơ và vô cơ, các hóa chất và khói nhiên liệu, là các yếu tố nguy cơ đối với COPD thường được đánh giá dưới mức.
- ❖ **Ô nhiễm ngoài nhà:** cũng góp phần làm tăng gánh nặng phổi khi hít phải các hạt hoặc khí độc hại vào phổi.
- ❖ **Các yếu tố di truyền:** chẳng hạn thiếu hụt nặng alpha-1 antitrypsin mang tính di truyền.

- ❖ **Tuổi và giới:** tuổi cao và phụ nữ tăng nguy cơ COPD
- ❖ **Tăng trưởng và phát triển phổi:** bất kỳ yếu tố nào ảnh hưởng đến sự phát triển của phổi trong thời kỳ mang thai và thời thơ ấu (trẻ đẻ thấp cân, nhiễm trùng đường hô hấp ...) làm tăng nguy cơ xuất hiện COPD trong tương lai.
- ❖ **Tình trạng kinh tế xã hội:** có bằng chứng rõ ràng rằng nguy cơ xuất hiện COPD có liên quan đến tình trạng kinh tế xã hội. Tuy nhiên, không rõ là mô hình này phản ánh các nguy cơ ô nhiễm không khí trong và ngoài nhà (indoor and outdoor air pollutants), sự đông đúc, dinh dưỡng kém, nhiễm trùng hoặc các yếu tố khác liên quan đến tình trạng kinh tế xã hội thấp.
- ❖ **Hen và phản ứng đường thở quá mức**
- ❖ **Viêm phế quản mạn**
- ❖ **Nhiễm trùng:** đặc biệt các nhiễm trùng thời thơ ấu làm tăng nguy cơ giảm chức năng phổi và xuất hiện các triệu chứng hô hấp sau tuổi trưởng thành.

6. Chẩn đoán và đánh giá bệnh nhân COPD

6.1. Những triệu chứng chính nghi đến COPD

Cần nhắc chẩn đoán COPD và tiến hành đo chức năng hô hấp để khẳng định ở những bệnh nhân trên 40 tuổi có bất kỳ dấu hiệu nào sau đây:

Triệu chứng	Đặc điểm
Khó thở	Tiến triển theo thời gian Nặng hơn khi gắng sức Dai dẳng
Ho mạn tính	Có thể cách quãng hoặc ho khan Còn cứ tái phát
Khạc đờm mạn tính	Bất kỳ đặc điểm ho khạc đờm mạn tính nào cũng cần nghi đến COPD
Nhiễm trùng hệ hô hấp dưới tái phát	

Tiền sử tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ	Cơ địa (gen, các bất thường bẩm sinh hoặc mắc phải...) Khói thuốc Khói thải ra từ nấu ăn hoặc sưởi ấm Hít phải bụi, khói, hơi, khí thải ra do nghề nghiệp hoặc các hóa chất khác
Tiền sử gia đình có người bị COPD và/hoặc các đặc điểm lúc còn nhỏ	Ví dụ: cân nặng lúc sinh thấp, nhiễm trùng hệ hô hấp khi còn nhỏ

6.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán COPD nên được cân nhắc ở bất kỳ bệnh nhân nào có khó thở, ho hoặc khạc đờm mạn tính, và / hoặc có tiền sử phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ của bệnh.
- Đo chức năng hô hấp là cần thiết để khẳng định chẩn đoán. Nếu chỉ số FEV1 / FVC < 0.70 sau khi làm nghiệm pháp hồi phục phế quản sẽ giúp khẳng định tắc nghẽn luồng khí thở cố định.
- Mục tiêu của đánh giá COPD là xác định mức độ nặng của bệnh, bao gồm mức độ nặng của tắc nghẽn đường thở, tác động của bệnh đến tình trạng sức khoẻ và nguy cơ xuất hiện các biến cố trong tương lai (đợt cấp, nhập viện hoặc tử vong) để hướng dẫn điều trị.
- Các bệnh đồng mắc (comorbidity) rất thường gặp ở bệnh nhân COPD, bao gồm bệnh tim mạch, rối loạn chức năng cơ xương, hội chứng chuyển hóa, loãng xương, trầm cảm, mệt mỏi và ung thư phổi. Các bệnh đồng mắc nên được sàng lọc cẩn thận để phát hiện và điều trị thích hợp do là yếu tố nguy cơ độc lập đến tỷ lệ nhập viện và tử vong

6.3. Định hướng chẩn đoán COPD theo GOLD 2017



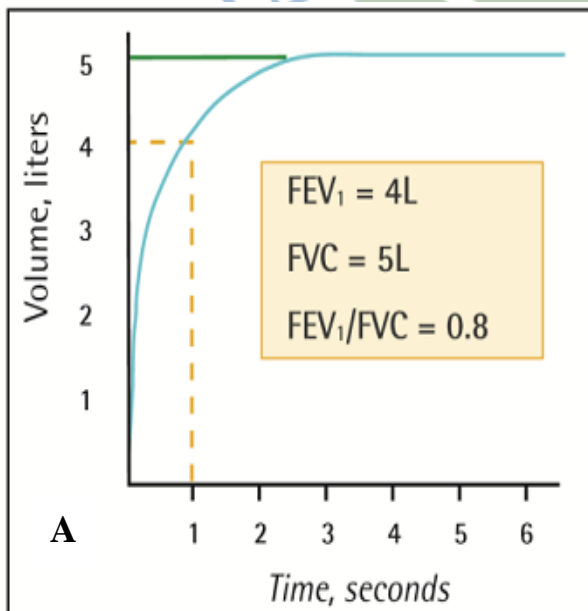
Chiến lược toàn cầu trong chẩn đoán, quản lý và dự phòng BPTNMT
Chẩn đoán BPTNMT

Triệu chứng
 Khó thở
 Ho mạn tính
 Có đờm

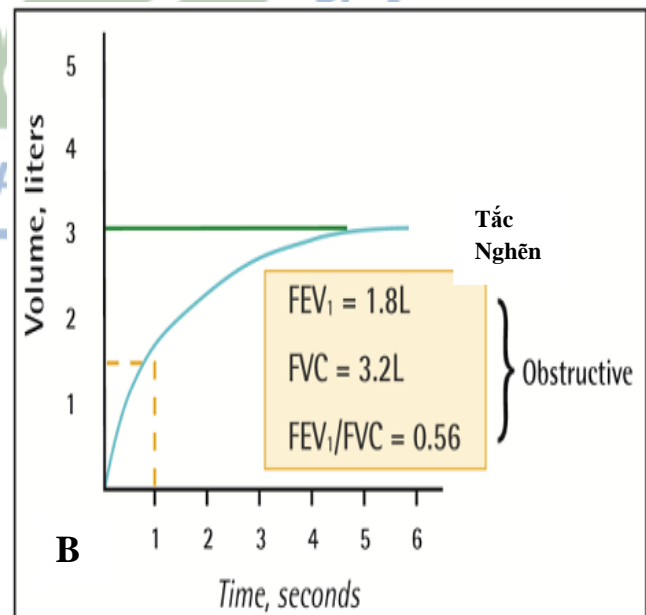
**Phơi nhiễm với các
 Yếu tố nguy cơ**
 Thuốc lá
 Nghề nghiệp
 Ô nhiễm trong và
 ngoài nhà

Đo chức năng phổi:
 $FEV_1/FVC < 70\%$ sau test HPPQ

Mô hình chức năng hô hấp bình thường (A) và tắc nghẽn (B)



Chức năng hô hấp bình thường



Mô hình tắc nghẽn

6.4. Phân loại mức độ nặng tắc nghẽn ở bệnh nhân COPPD (dựa trên kết quả FEV1 sau test hồi phục phế quản) ở những bệnh nhân có FEV1/FVC < 0,7.

Mức độ tắc nghẽn	Giá trị FEV1 sau test giãn phế quản
GOLD 1: Nhẹ	FEV1 ≥ 80% trị số lý thuyết
GOLD 2: Trung bình	50% ≤ FEV1 < 80% trị số lý thuyết
GOLD 3: Nặng	30% ≤ FEV1 < 50% trị số lý thuyết
GOLD 4: Rất nặng	FEV1 < 30% trị số lý thuyết

6.5. Đánh giá triệu chứng: mMRC, CAT

6.5.1. Thang điểm khó thở mMRC

mMRC	Mức độ khó thở
Độ 0	Tôi chỉ khó thở khi gắng sức nhiều
Độ 1	Tôi khó thở khi đi bộ nhanh hoặc khi đi bộ lên dốc
Độ 2	Tôi đi bộ chậm hơn người cùng tuổi bởi khó thở hoặc tôi phải dừng lại để thở khi đi bộ trên mặt đất bằng
Độ 3	Tôi phải dừng lại để thở khi đi bộ khoảng 100m hoặc sau vài phút
Độ 4	Tôi rất khó thở khi rời nhà hoặc tôi khó thở khi mặc hoặc cởi quần áo

Đánh giá: Nếu mMRC ≥ 2 điểm, bệnh nhân được xếp vào nhóm nhiều triệu chứng. Nếu mMRC = 0 – 1 điểm, bệnh nhân được xếp vào nhóm ít triệu chứng.

6.5.2. Thang điểm CAT (COPD Assessment Test)

Đối với mỗi dấu hiệu dưới đây có điểm số từ **0 - 5**, xin vui lòng mô tả đúng nhất tình trạng hiện tại của ông/bà.

Ví dụ: tôi rất hạnh phúc: 0 1 2 3 4 5 tôi rất buồn

(Tôi rất hạnh phúc: 0 điểm; tôi rất buồn: 5 điểm)

Dấu hiệu	Điểm chọn	Dấu hiệu	Điểm
Tôi hoàn toàn không ho	0 1 2 3 4 5	Tôi ho thường xuyên	
Tôi không có chút đờm nào trong phổi	0 1 2 3 4 5	Trong phổi tôi có rất nhiều đờm	
Tôi không có cảm giác nặng ngực	0 1 2 3 4 5	Tôi có cảm giác rất nặng ngực	
Tôi không khó thở khi lên dốc hoặc lên một tầng lầu	0 1 2 3 4 5	Tôi rất khó thở khi lên dốc hoặc lên một tầng lầu	
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 ra khỏi nhà dù 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	
TỔNG ĐIỂM:			

Đánh giá: Nếu CAT ≥ 10 , bệnh nhân được xếp vào nhóm nhiều triệu chứng. Nếu CAT < 10, bệnh nhân được xếp vào nhóm ít triệu chứng.

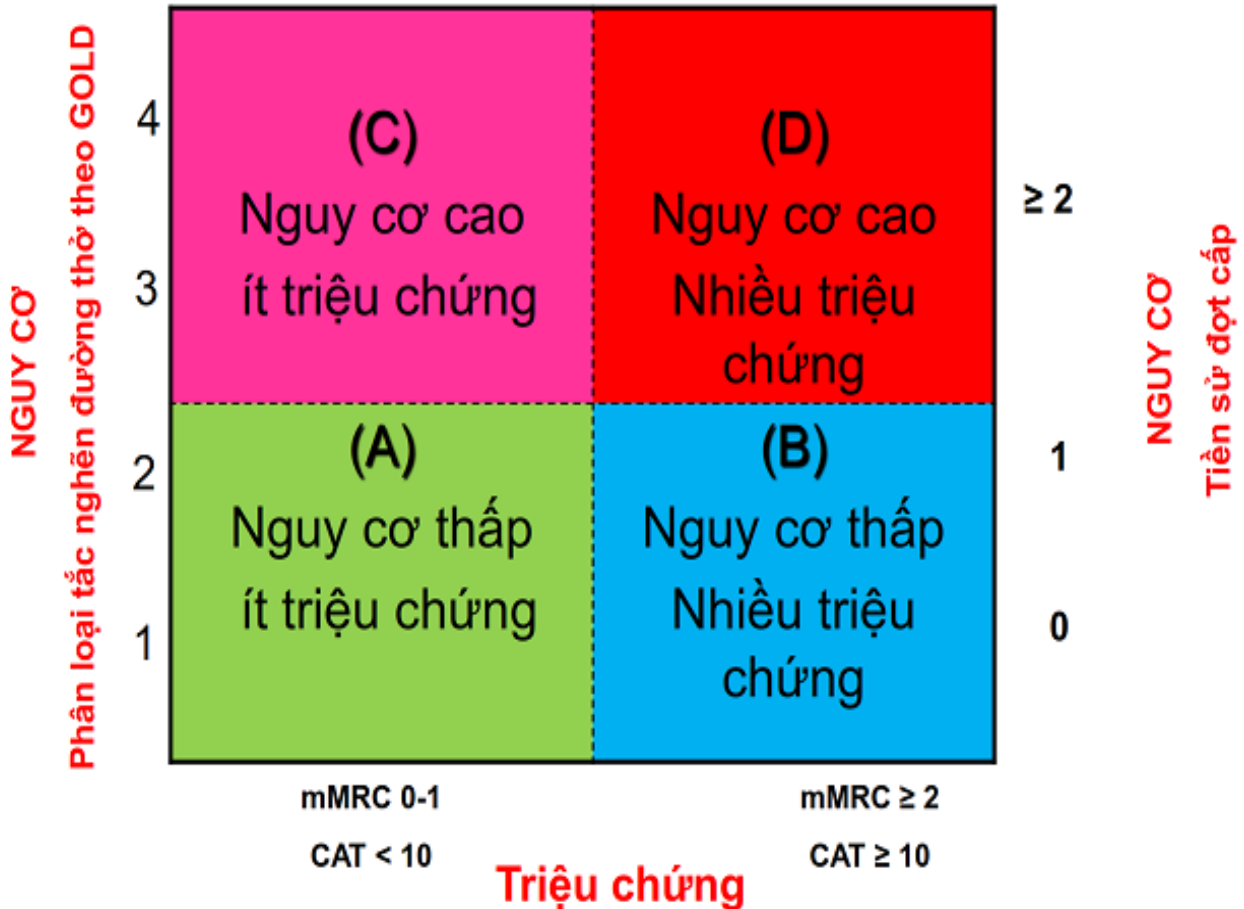
7. Phân nhóm COPD

Bệnh nhân được xếp vào 1 trong 4 nhóm A, B, C, D dựa vào sự kết hợp 2 tiêu chí đánh giá: (1) Mức độ triệu chứng (thang điểm CAT hoặc mMRC); (2) nguy cơ đợt cấp tiếp theo (dựa vào tiền sử đợt cấp năm trước). Có sự khác nhau cơ bản trong hình thức đánh giá của GOLD 2016 và GOLD 2017.

Phiên bản GOLD 2016 dựa trên 3 tiêu chí phối hợp: (1) mức độ nặng của tắc nghẽn dựa trên kết quả đo chức năng hô hấp; (2) Mức độ triệu chứng (thang điểm

CAT hoặc mMRC); (3) nguy cơ đợt cấp tiếp theo (dựa vào tiền sử đợt cấp năm trước).

7.1. Đánh giá, phân loại bệnh nhân COPD – GOLD 2016



7.2. Phân nhóm ABCD theo GOLD 2017

❖ Lý do dẫn đến GOLD thay đổi phân nhóm ABCD

Ví dụ có 2 bệnh nhân COPD cùng có FEV1 < 30 và CAT 18 điểm

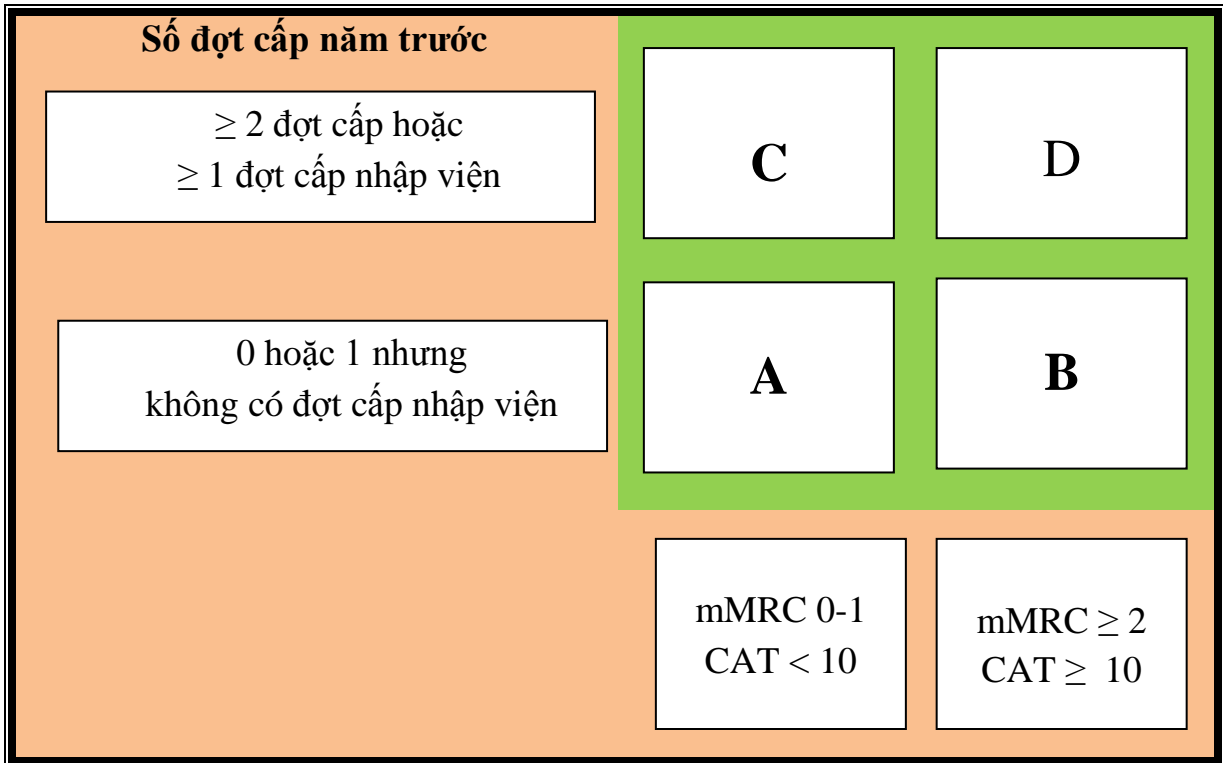
Bệnh nhân A: không có cơn kịch phát trong năm qua

Bệnh nhân B: có 3 cơn kịch phát trong năm qua

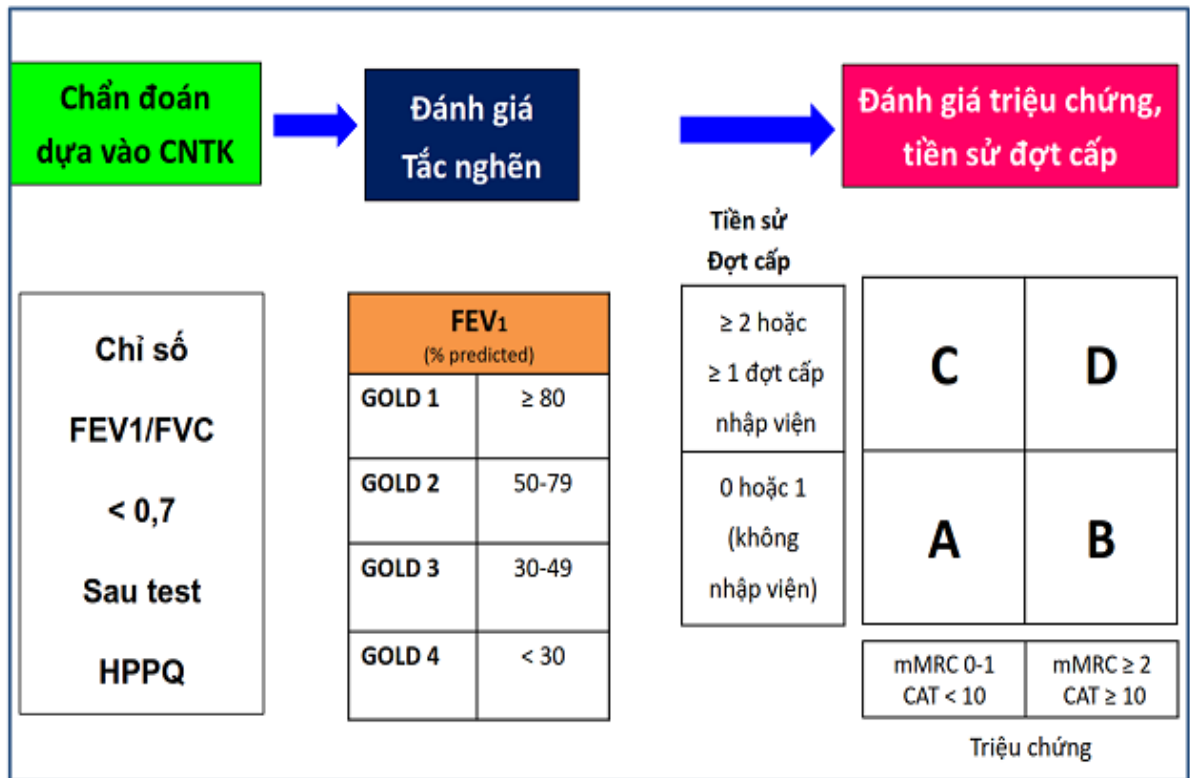
Nếu phân nhóm theo các phiên bản cũ, cả 2 bệnh nhân này đều thuộc nhóm D.

Nhưng phân nhóm theo GOLD 2017 thì bệnh nhân A thuộc GOLD bậc 4 nhóm B, bệnh nhân B thuộc GOLD bậc 4 nhóm D.

❖ Phân nhóm chi tiết



❖ Đánh giá, phân loại bệnh nhân COPD – GOLD 2017



8. Điều trị

8.1. Một số nguyên tắc

- ❖ Bỏ thuốc lá đóng vai trò quan trọng. Điều trị cai thuốc lá bằng thuốc hoặc các sản phẩm thay thế nicotin giúp tăng tỷ lệ cai thuốc lá lâu dài.
- ❖ Tính hiệu quả và sự an toàn của thuốc lá điện tử như một biện pháp giúp cai thuốc lá là không chắc chắn.
- ❖ Điều trị bằng các thuốc có thể làm giảm các triệu chứng của COPD, giảm tần suất và mức độ nặng của đợt cấp, cải thiện tình trạng sức khoẻ và khả năng gắng sức.
- ❖ Mỗi phác đồ điều trị phải được cá thể hoá và dựa trên mức độ nặng của các triệu chứng, nguy cơ đợt cấp, các phản ứng phụ của thuốc, bệnh đồng mắc, chi phí và tính sẵn có của thuốc điều trị, đáp ứng của bệnh nhân, sở thích và khả năng của bệnh nhân trong việc sử dụng các dụng cụ phân phối thuốc khác nhau.
- ❖ Kỹ thuật hít cần phải được đánh giá thường xuyên.
- ❖ Tiêm phòng vaccin cúm và phế cầu giúp giảm tỉ lệ nhiễm trùng đường hô hấp dưới.
- ❖ Phục hồi chức năng hô hấp giúp cải thiện các triệu chứng, chất lượng cuộc sống, cải thiện tình trạng thể lực, giúp bệnh nhân tham gia vào các hoạt động thể chất và tinh thần trong các hoạt động hàng ngày.
- ❖ Ở những bệnh nhân hạ có oxy máu mạn tính nặng, liệu pháp oxy dài hạn giúp cải thiện sự sống còn.
- ❖ Ở bệnh nhân COPD ổn định, độ bão hòa oxy ở mức trung bình khi gắng sức hoặc khi nghỉ, liệu pháp oxy dài hạn không được khuyến cáo thường quy. Tuy nhiên, cá thể hóa bệnh nhân phải được xem xét khi đánh giá nhu cầu bổ sung oxy.
- ❖ Ở những bệnh nhân có tăng CO₂ mạn tính nặng và có tiền sử nhập viện vì suy hô hấp cấp, thông khí không xâm nhập kéo dài có thể làm giảm tỷ lệ tử vong và phòng ngừa tái nhập viện.
- ❖ Chọn lọc những bệnh nhân có khí phế thũng nặng dai dẳng để có biện pháp chăm sóc y tế phù hợp, phẫu thuật hoặc điều trị can thiệp qua nội soi phế quản trong

việc giảm thể tích phổi có thể có lợi.

❖ Cách tiếp cận chăm sóc giảm nhẹ có hiệu quả trong kiểm soát các triệu chứng ở những bệnh nhân COPD giai đoạn muộn.

8.2. Các biện pháp không dùng thuốc

- Bỏ thuốc lá: đây là biện pháp quan trọng nhất.

- Giáo dục kiến thức về bệnh, tự quản lý theo dõi và dùng thuốc theo đơn bác sĩ, phục hồi chức năng hô hấp, tập thể lực.

- Tiêm vaccin: (1) Tiêm vaccin cúm được khuyến cáo cho tất cả bệnh nhân COPD (Bảng chứng A); (2) Vaccin phế cầu loại PCV13 và PPSV23 được khuyến cáo cho bệnh nhân COPD > 65 tuổi hoặc ở những bệnh nhân COPD trẻ hơn nhưng có nhiều bệnh đồng mắc nặng như suy tim, một số bệnh phổi khác.

- Dinh dưỡng

- Thở oxy kéo dài: chỉ định khi hạ oxy máu nặng lúc nghỉ. Hạ oxy máu được xác định khi: (1) $\text{PaO}_2 < 55\text{mmHg}$ hoặc $\text{SaO}_2 < 88\%$ có hoặc không tăng CO_2 máu được xác nhận qua 2 lần xét nghiệm trong 3 tuần; (2) hoặc $55 < \text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ hoặc $\text{SaO}_2 = 88\%$ nhưng có bằng chứng tăng áp động mạch phổi, phù ngoại vi do suy tim, đa hồng cầu.

- Thông khí không xâm nhập: chỉ định khi có tăng CO_2 máu mạn tính nặng, tiền sử nhập viện vì suy hô hấp cấp do COPD.

- Giảm thể tích phổi: phẫu thuật cắt kén khí hoặc nội soi phế quản can thiệp khi có khí phế thũng, kén khí khổng lồ ở thùy trên (van một chiều, coil)

- Ghép phổi: ở những bệnh COPD nặng (bệnh giai đoạn tiền triển nặng, điểm BODE từ 7-10, không có chỉ định giảm thể tích phổi) cân nhắc ghép phổi khi thỏa mãn ít nhất một trong các tiêu chí sau: (1) tiền sử nhập viện vì đợt cấp kết hợp tăng CO_2 cấp ($\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$); (2) Tăng áp động mạch phổi và hoặc tâm phế mạn mặc dù đã điều trị oxy; (3) $\text{FEV}_1 < 20\%$ và $\text{DLCO} < 20\%$ hoặc phân bố khí phế thũng đồng nhất.

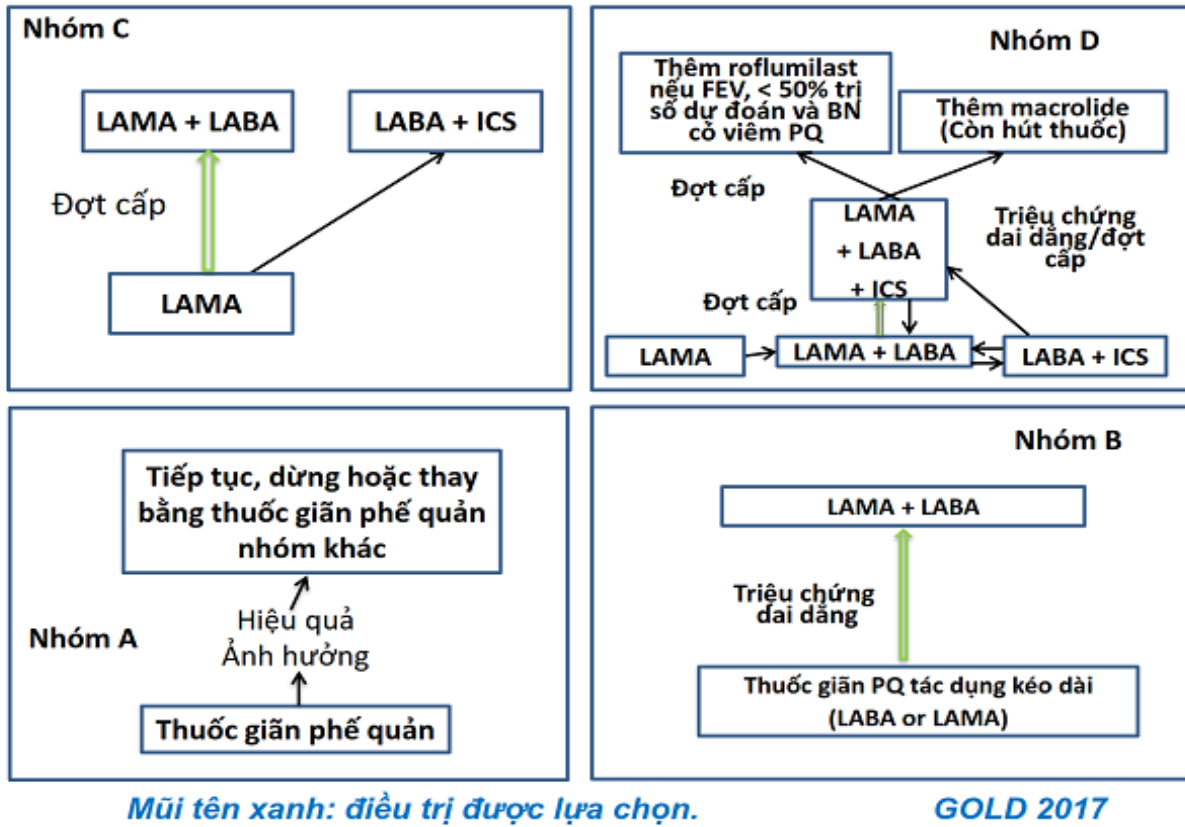
8.3. Các thuốc điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

- ❖ **Thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài:** nên dùng cho hầu hết bệnh nhân COPD có khó thở nhiều hơn so với bình thường. Có thể dùng đơn trị liệu hoặc phối hợp LABA và LAMA. Bệnh nhân có khó thở dai dẳng khi đang dùng một thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài thì nên phối hợp 2 thuốc thuộc 1 nhóm khác nhau (vd: LAMA + LABA).
- ❖ **Corticosteroid dạng hít:** không khuyến cáo dùng đơn trị liệu dài hạn, dạng phối hợp giữa ICS + LABA được xem là biện pháp tiếp theo trong bậc thang điều trị nếu đã dùng thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài nhưng vẫn xuất hiện các đợt cấp thường xuyên.
- ❖ **Các chất ức chế PDE4 đường uống:** chỉ định phối hợp bổ sung điều trị nếu bệnh nhân đang sử dụng ICS + LABA vẫn xuất hiện các đợt cấp.
- ❖ **Đường dùng:** ưu tiên dùng thuốc giãn phế quản dạng hít thay vì đường uống. Không khuyến cáo sử dụng kéo dài corticosteroid đường uống
- ❖ Thuốc điều trị tăng áp phổi thứ phát do COPD không được khuyến cáo.

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

Tóm tắt các thuốc điều trị COPD theo phân nhóm ABCD

❖ Tóm tắt các lựa chọn thuốc theo phân nhóm ABCD



8.3.1. Nhóm A



- Tất cả bệnh nhân nhóm A nên chỉ định thuốc giãn phế quản
- Chọn lựa loại thuốc tùy theo tác dụng giảm khó thở

- Có thể chỉ định thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn hoặc dài
- Tiếp tục sử dụng nếu thấy giảm triệu chứng

8.3.2. Nhóm B



- Nên khởi đầu với thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài vì tốt hơn thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn khi cần
- Không phân biệt loại thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài nào trong việc giảm triệu chứng
- Lựa chọn tùy theo cảm nhận của bệnh nhân.

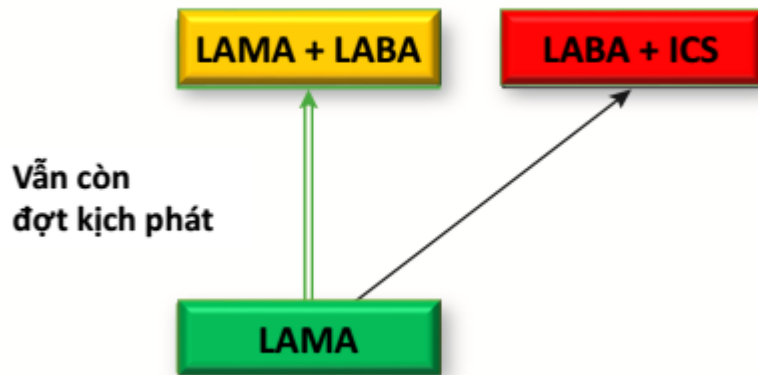
Chú ý:

Nếu bệnh nhân vẫn khó thở với một loại thuốc giãn phế quản, nên phối hợp 2 thuốc thuộc 2 nhóm khác nhau.

Với bệnh nhân khó thở nặng, phối hợp ngay 2 loại thuốc giãn phế quản.

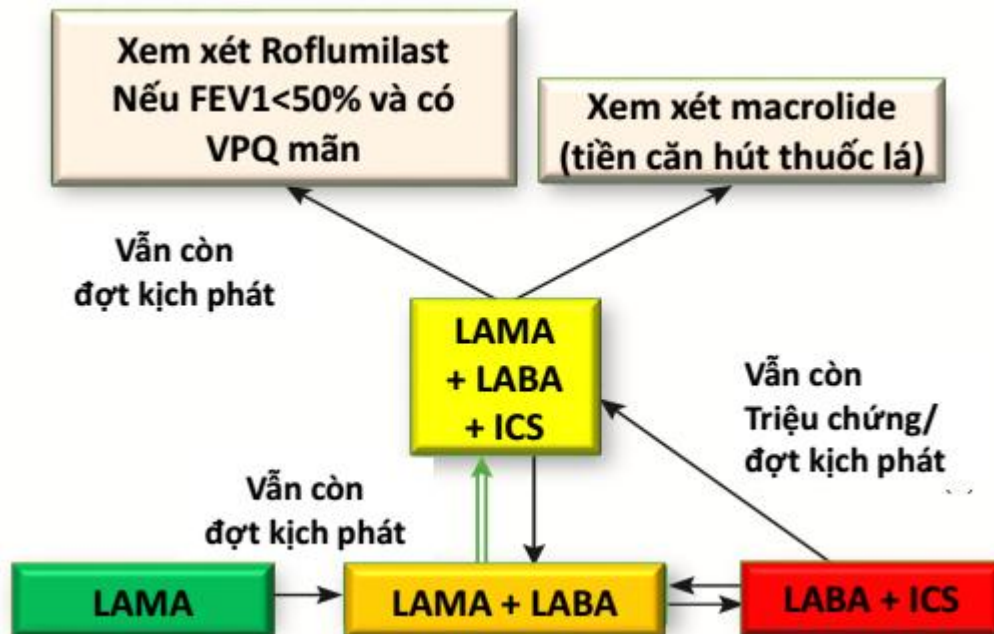
Bệnh nhân nhóm B thường có các bệnh lý khác đi kèm, nên chú ý đặc điểm này.

8.3.3. Nhóm C



- Nên bắt đầu bằng một loại thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài
- Nghiên cứu cho thấy LAMA tốt hơn LABA trong phòng ngừa đợt cấp
- Bệnh nhân có cơn kịch phát dai dẳng: ưu tiên LABA/LAMA hơn ICS/LABA do nguy cơ ICS gây viêm phổi

8.3.4. Nhóm D



Chú ý

Nên khởi đầu bằng sự phối hợp LABA/LAMA vì tốt hơn đơn liệu pháp
 Nếu chọn đơn liệu pháp, nên ưu tiên LAMA vì phòng ngừa đợt cấp tốt hơn

LABA/LAMA tốt hơn ICS/LABA trong dự phòng đợt cấp

Nhóm D có nguy cơ viêm phổi cao hơn khi dùng ICS

Ưu tiên ICS/LABA trong trường hợp: (1) chồng lấp hen-COPD (ASCO); (2) tăng bạch cầu ái toan trong máu

Nếu chỉ định LABA/LABA mà bệnh nhân vẫn bị các cơn kịch phát, chọn một trong hai phương án sau: (1) Phối hợp ICS/LABA/LAMA; (2) chuyển sang ICS/LABA, nếu không hiệu quả thì thêm LAMA.

Nếu phối hợp ICS/LAMA/LABA bệnh nhân vẫn còn cơn kịch phát: (1) Thêm Roflumilast nếu: FEV1 < 50%, viêm phế quản mạn, có ít nhất 1 đợt cấp năm qua; (2) thêm Macrolide, nên chọn Azithromycin vì có bằng chứng tốt nhất, lưu ý vi khuẩn kháng thuốc; (3) Ngưng ICS do thiếu hiệu quả, tăng nguy cơ tác dụng phụ (viêm phổi) và có bằng chứng cho thấy không nguy hiểm khi dùng ICS.

Tài liệu tham khảo

1. **Rodriguez-Roisin R, Rabe KF, Vestbo J, Vogelmeier C, Agustí A (2017).** Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 20th Anniversary: a brief history of time. *Eur Respir J* ; 50: 1700671.
2. **Vogelmeier CF, Criner GJ, Martinez FJ et al (2017).** Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report. GOLD Executive Summary. *Am J Respir Crit Care Med*; 195(5): 557-582.