



HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN
LIÊN CHI HỘI HEN - DỊ ỨNG - MIỄN DỊCH LÂM SÀNG TP.HCM 2023

QUẢN LÝ VÀ THEO DÕI BỆNH NHÂN COPD SAU XUẤT VIỆN

Ts.BS Cao Thị Mỹ Thuý

Trưởng Khoa Nội Hô Hấp – BVĐKTƯ Cần Thơ

NỘI DUNG

Gánh nặng từ đợt cấp COPD

Cập nhật khuyến cáo GOLD 2023

Hướng dẫn của Bộ Y tế 2023 và tiếp cận điều trị COPD hợp lý ở Việt Nam

Kết luận

GÁNH NẶNG BỆNH TẬT VÀ TỬ VONG LIÊN QUAN ĐẾN COPD

~384 triệu BN COPD trên toàn cầu¹

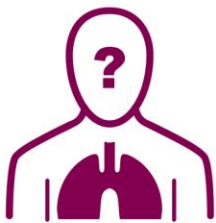


COPD gây tổn thất

>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



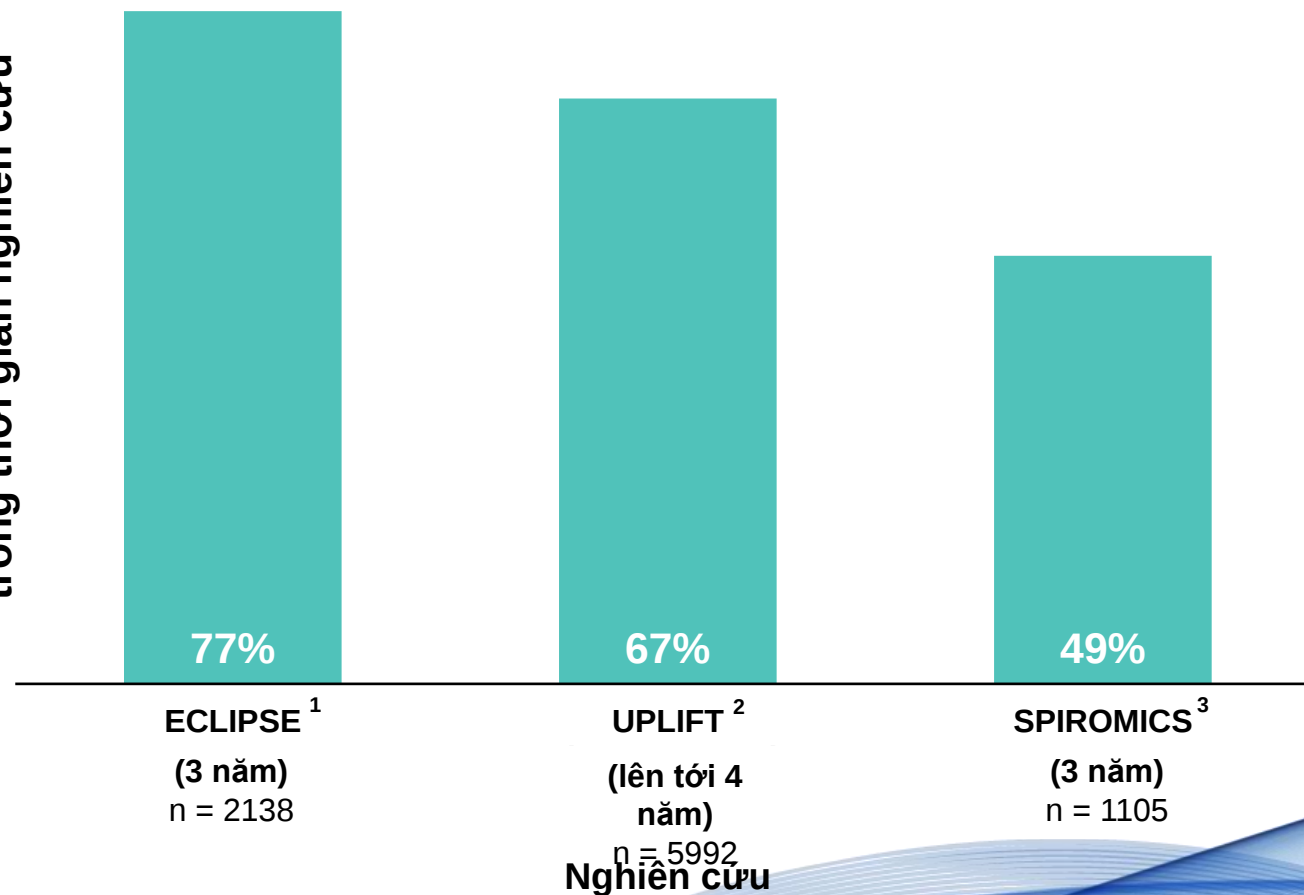
Phần lớn chi phí cho COPD được quy cho **đợt cấp**^{1,6-12*}

NGUY CƠ ĐỢT CẤP HIỆN HỮU Ở PHẦN LỚN BỆNH NHÂN COPD

Lên tới **77%** bệnh nhân có ít
nhất 1 đợt cấp trung bình-nặng
trong 3 năm¹

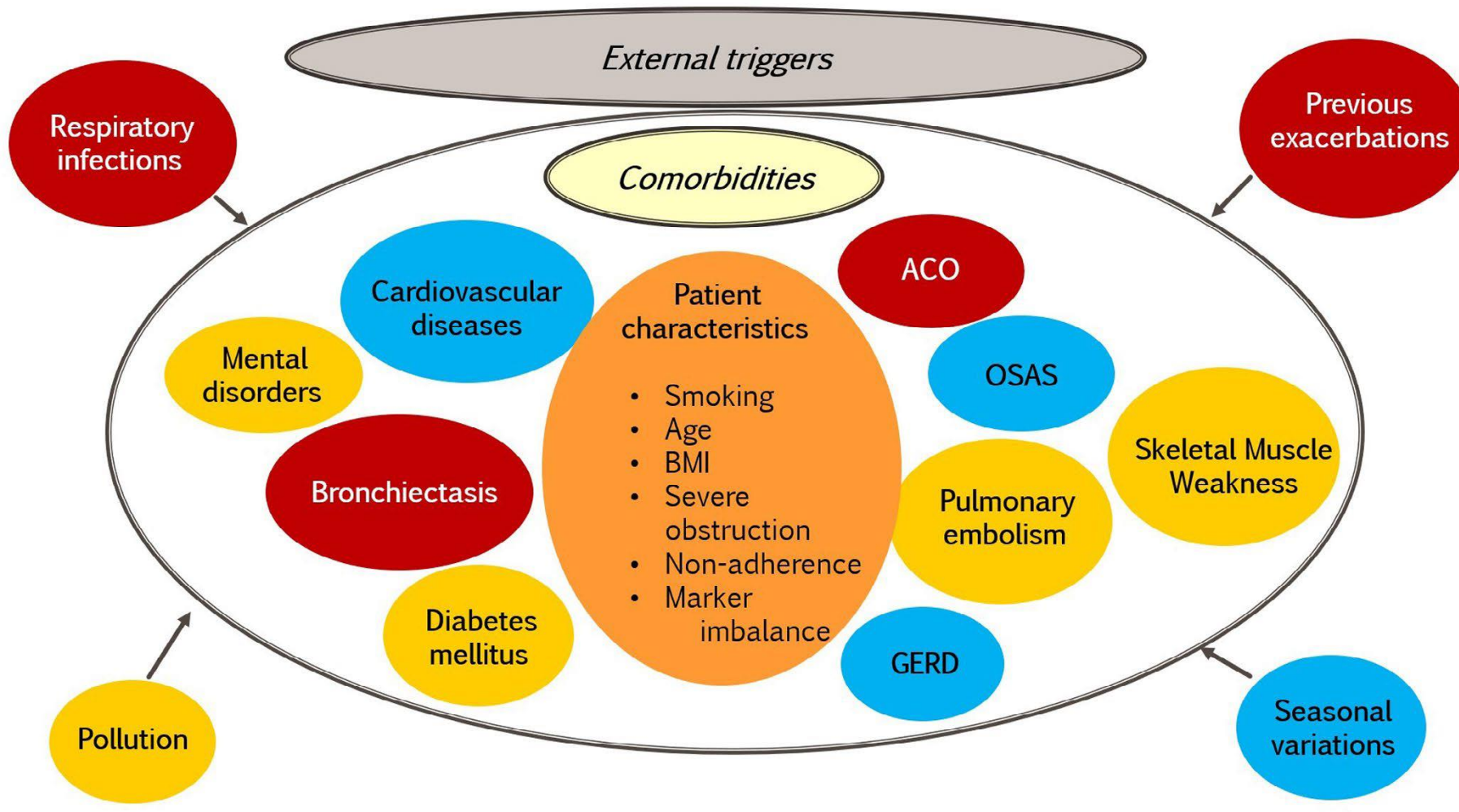


Bệnh nhân có đợt cấp COPD
trong thời gian nghiên cứu



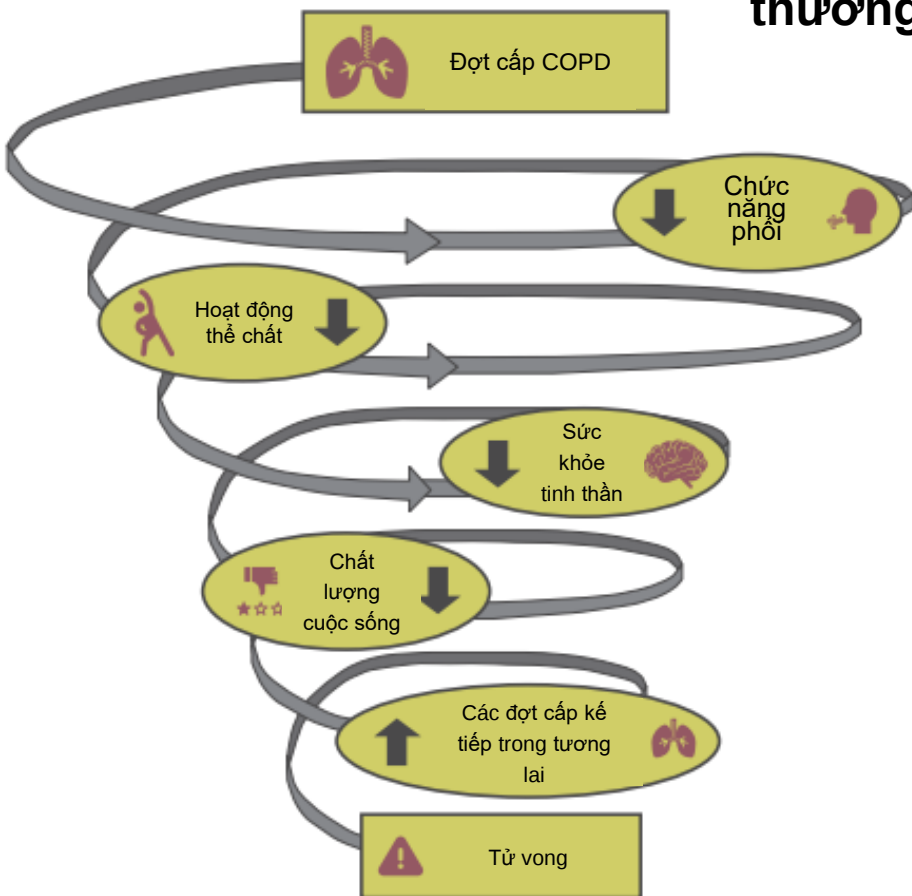
1. Hurst JR et al. *N Engl J Med.* 2010;363:1128-1138;
2. Tashkin DP et al. *N Engl J Med.* 2008;359:1543-1554;
3. Han MK et al. *Lancet Respir Med.* 2017;5:619-626

CÁC YTNC & KÍCH PHÁT ĐỘT CẤP COPD



HẬU QUẢ SAU ĐỢT CẤP COPD

VÒNG XOÁY BỆNH TẬT ở những bệnh nhân nhập viện thường xuyên do đợt cấp COPD



Kháng sinh mạnh + Corticoid toàn thân lặp đi lặp lại

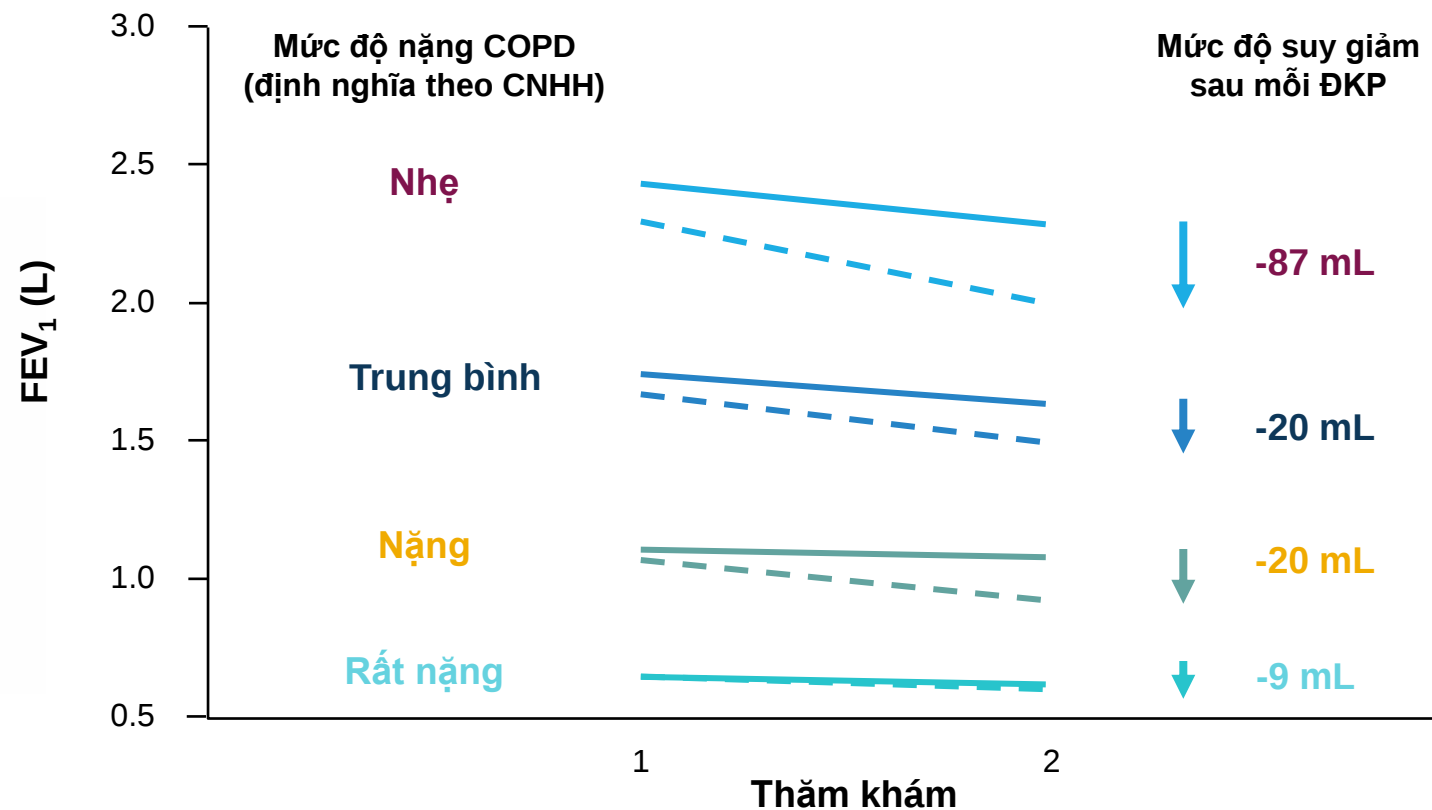
CUSHING

- Lao phổi
- Teo cơ
- Tiểu đường
- Viêm phổi
- Trầm cảm
- Loét dạ dày
- Mỏng da
- Xuất huyết
- Cườm mắt
- Loãng xương

Suy hạ đồi - tuyến yên – tuyến thượng thận

ĐỢT CẤP COPD DẪN TỚI SUY GIẢM CHỨC NĂNG HÔ HẤP

ĐKP có thể dẫn đến **sự suy giảm FEV₁**, **sự suy giảm lớn nhất** được quan sát thấy ở những **bệnh nhân COPD nhẹ**

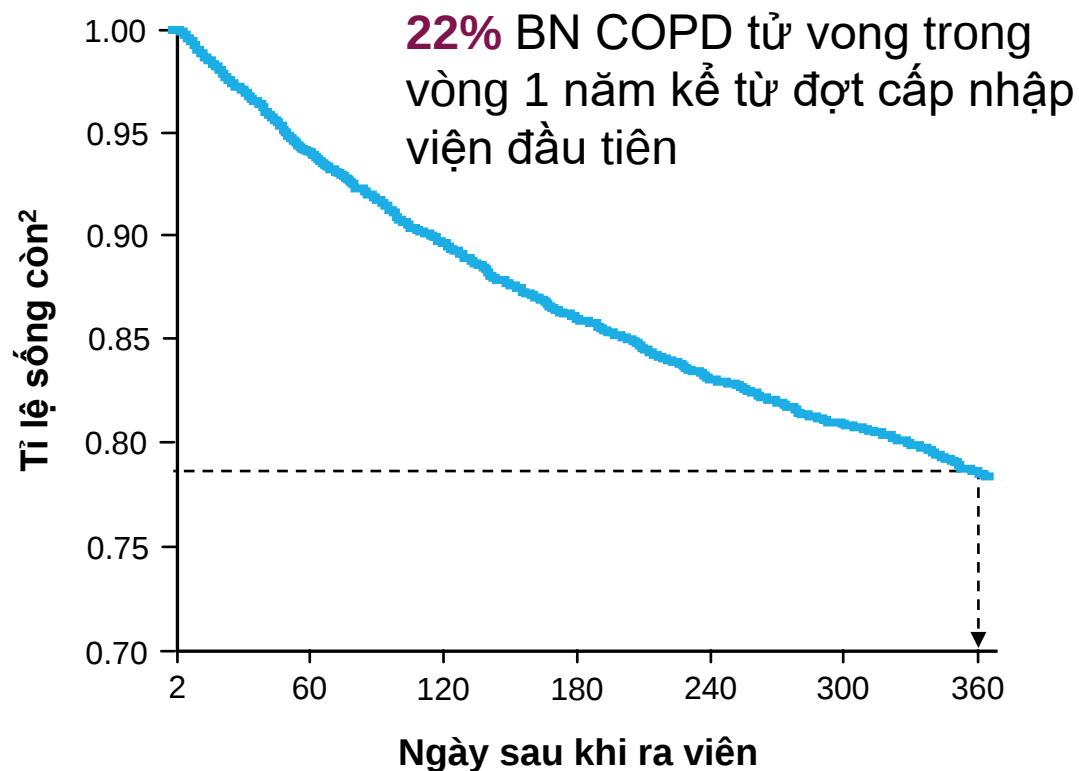


Sự suy giảm FEV₁ ở BN COPD

— Không có ĐKP nặng - - - ĐKP nặng^a

CÁC ĐỢT CẤP NẶNG LIÊN QUAN TĂNG NGUY CƠ TỬ VONG

~1 trong 5 BN COPD tử vong trong vòng 1 năm kể từ đợt cấp nhập viện đầu tiên



**Suy giảm chức năng hô hấp
và tim mạch nguyên nhân gây
tử vong phổ biến nhất trong
vòng 1 năm kể từ ĐKP**



52%



~20%

MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ ĐỢT CẤP COPD



Giảm thiểu tác động của đợt cấp hiện tại

Ngăn ngừa các đợt cấp kế tiếp

THEO DÕI SỚM SAU XUẤT VIỆN GIẢM TÁI NHẬP VIỆN

Table 3. Rates and Adjusted Hazard Ratios of Adverse Events

Outcome	Unadjusted rate				HR (95% CI)	
	Patients before weighting, No. (%)		Patients after weighting, % ^a		Unadjusted	Adjusted after weighting ^a
	7-d Follow-up	No 7-d follow-up	7-d Follow-up	No 7-d follow-up		
COPD						
Patients, No.	40 159	78 675	NA	NA	NA	NA
Unplanned readmission within 30 d of discharge	4072 (10.14)	8296 (10.54)	10.19	10.54	0.96 (0.93-1.00)	0.97 (0.93-1.00)
Readmission for COPD or COPD-related condition within 30 d of discharge	1718 (4.28)	3581 (4.55)	4.29	4.54	0.94 (0.89-1.00)	0.94 (0.89-1.00)
Death within 30 d of discharge	693 (1.73)	1319 (1.68)	1.75	1.68	1.03 (0.94-1.13)	1.04 (0.95-1.15)
Unplanned readmission within 90 d of discharge	8784 (21.87)	18 097 (23.00)	21.97	22.97	0.95 (0.92-0.97)	0.95 (0.93-0.98)
Readmission for COPD or COPD-related condition within 90 d of discharge	4015 (10.00)	8449 (10.74)	10.02	10.74	0.93 (0.89-0.96)	0.93 (0.89-0.96)
Death within 90 d of discharge	2105 (5.24)	4361 (5.54)	5.31	5.54	0.95 (0.90-1.00)	0.96 (0.91-1.01)

Abbreviations: AMI, acute myocardial infarction; CHF, congestive heart failure; COPD, chronic obstructive pulmonary disease; HR, hazard ratio; NA, not applicable.

^a Weighting is by propensity-based overlap weights.

QUẢN LÝ SAU XUẤT VIỆN GIẢM TÁI NHẬP VIỆN

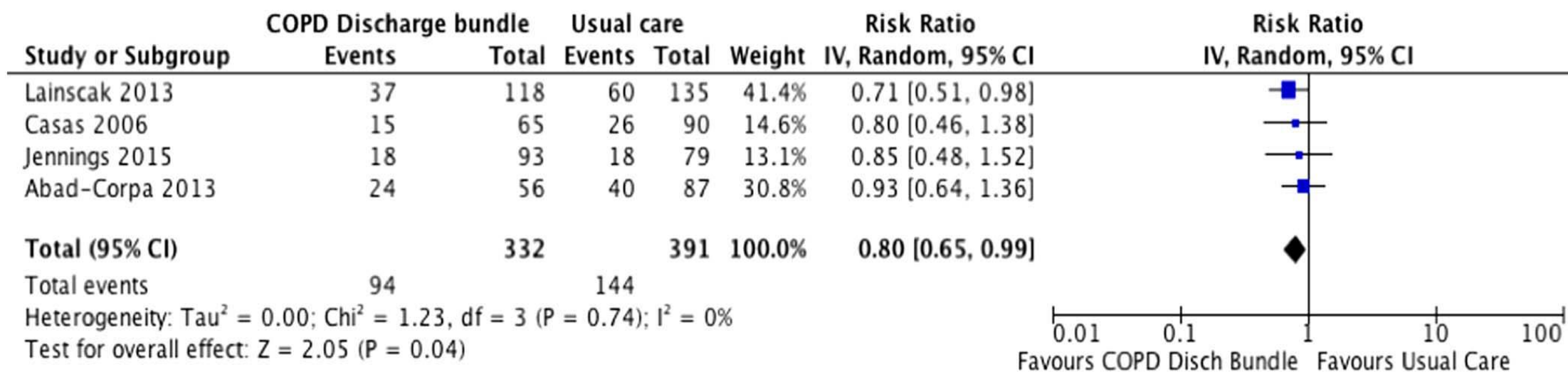


Figure 2 Effectiveness of discharge care bundles on hospital re-admissions for patients with an exacerbation of COPD (randomised controlled trial data only).

KHUYẾN CÁO THEO DÕI SAU XUẤT VIỆN

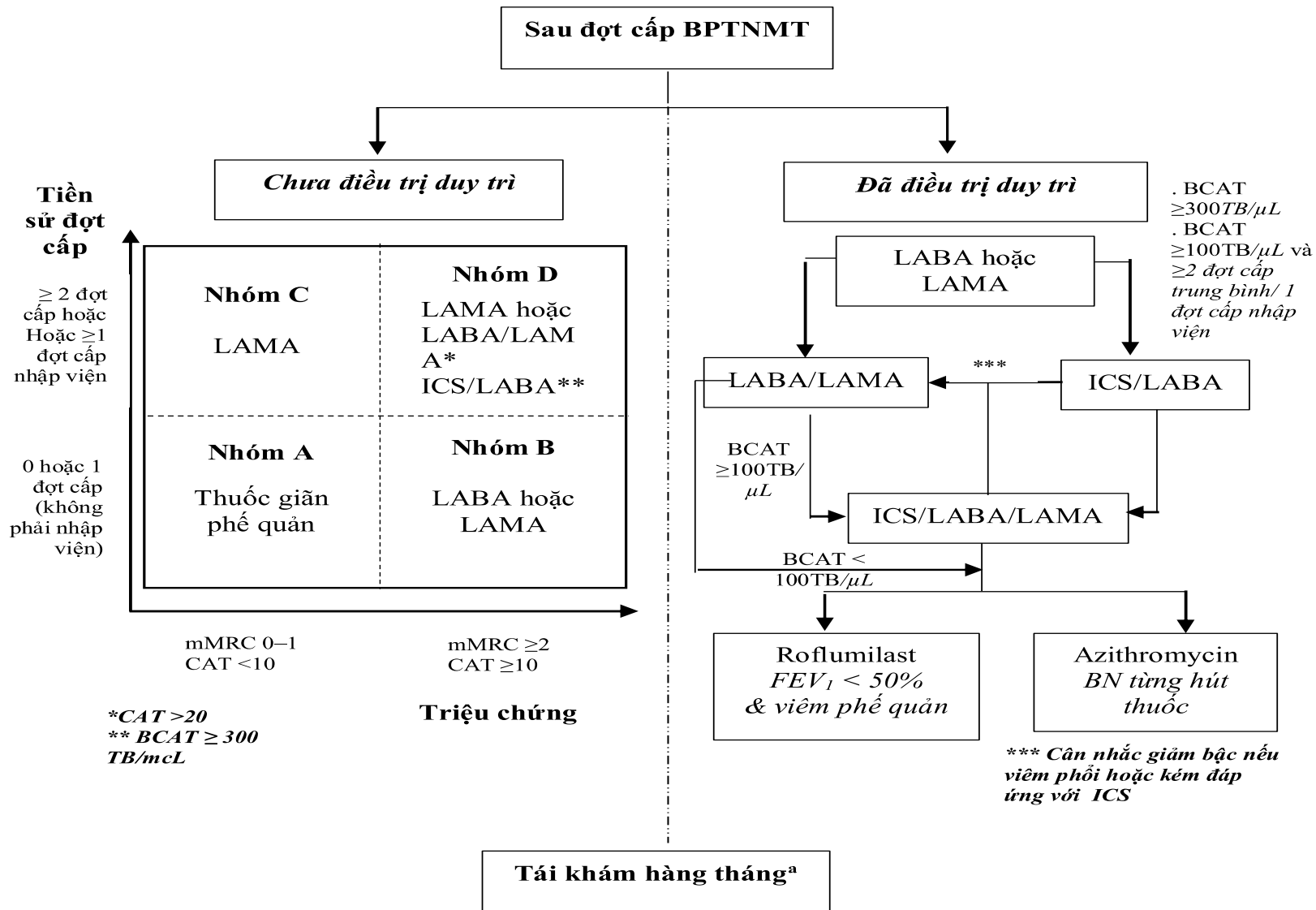
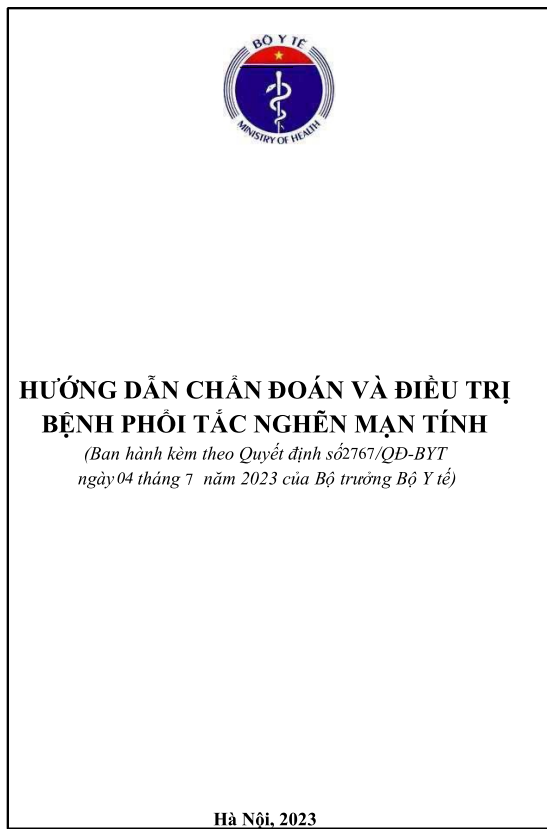
SAU XUẤT VIỆN 1 - 4 TUẦN

- ❖ Đánh giá liệu pháp điều trị duy trì (**cân nhắc liệu pháp chứa ICS**)
- ❖ Đánh giá lại kỹ thuật sử dụng các dụng cụ phân phối thuốc đường hít.
- ❖ Đánh giá lại nhu cầu điều trị oxy dài hạn.
- ❖ Khả năng thực hiện hoạt động thể lực và xem xét đưa vào chương trình PHCN.
- ❖ Đánh giá điểm CAT hoặc mMRC.
- ❖ Xác định tình trạng các bệnh đồng mắc.

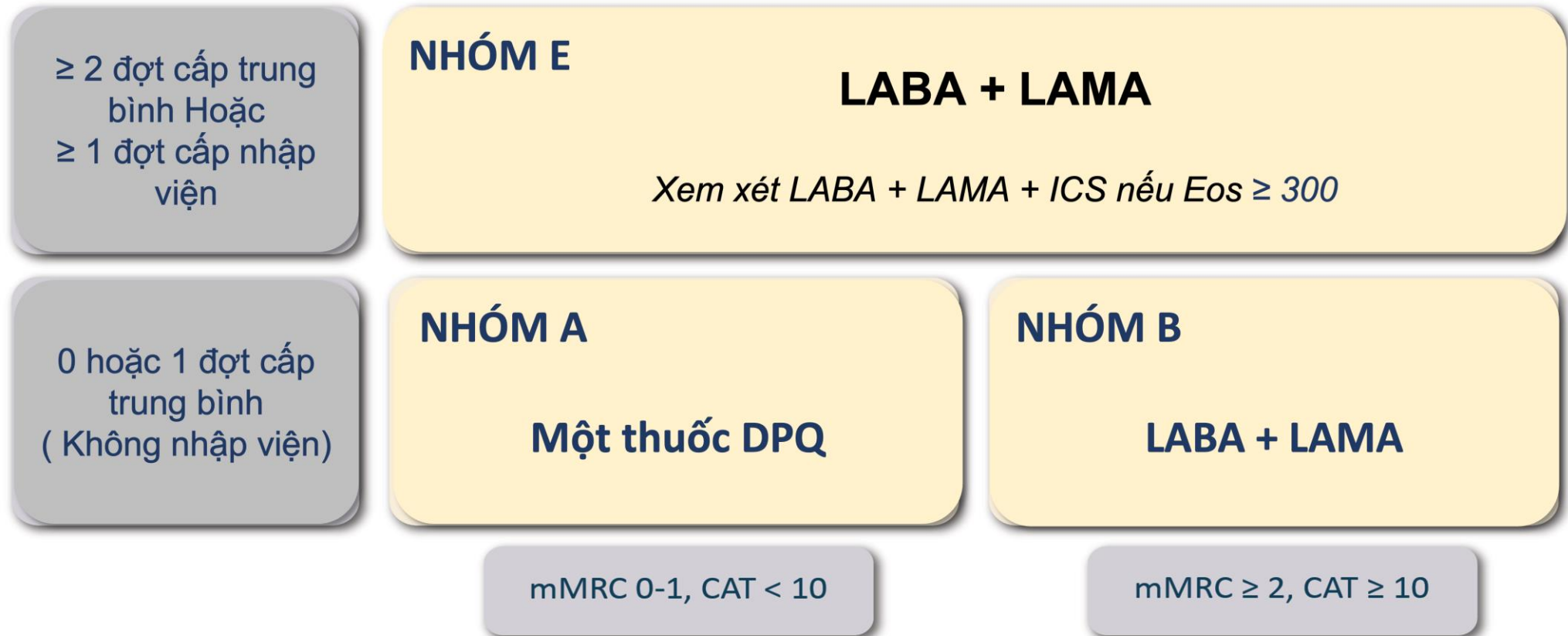
SAU XUẤT VIỆN 12 - 16 TUẦN

- ❖ Tương tự như 1-4 tuần, đánh giá thêm CNHH

LƯU ĐỒ HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ COPD SAU ĐỢT CẤP



KHỞI ĐẦU ĐIỀU TRỊ COPD THEO PHÂN NHÓM ABE (GOLD 2023)



ĐIỀU TRỊ TIẾP NỐI (GOLD 2023)

KHÓ THỞ

LABA hoặc LAMA

LABA + LAMA

- . Xem xét chuyển đổi dụng cụ hít hoặc phân tử thuốc
- . Áp dụng hoặc tăng bậc các điều trị không dùng thuốc
- . Khảo sát và điều trị các nguyên nhân khác gây khó thở

ĐỢT CẤP

LABA hoặc LAMA

Nếu Eos
máu < 300

Nếu Eos
máu ≥ 300

LABA + LAMA*

Nếu Eos
máu < 100

Nếu Eos
máu ≥ 100

**

LABA + LAMA + ICS*

Roflumilast

FEV1 < 50% & VPQM

Azithromycin

Thích hợp với những người
hút thuốc lá trước đó

YẾU TỐ CÂN NHẮC KHỞI ĐẦU ĐIỀU TRỊ VỚI LIỆU PHÁP CHỮA ICS

RẤT ỦNG HỘ

Tiền sử đợt kịch phát COPD nhập viện[#]

≥ 2 đợt kịch phát COPD trung bình/năm[#]

Eosinophil máu ≥ 300 TB/μL

Tiền sử, hoặc đồng mắc Hen

ỦNG HỘ

1 đợt kịch phát COPD trung bình/năm[#]

Eosinophil máu 100 đến < 300 TB/μL

KHÔNG ỦNG HỘ

Biến cố viêm phổi lặp lại

Eosinophil máu < 100 TB/μL

Tiền sử nhiễm khuẩn mycobacterial

[#]despite appropriate long-acting bronchodilator maintenance therapy (see Table 3.4 and Figure 4.3 for recommendations);
^{*}note that blood eosinophils should be seen as a continuum; quoted values represent approximate cut-points; eosinophil counts are likely to fluctuate.

Adapted from & reproduced with permission of the © ERS 2019: *European Respiratory Journal* 52 (6) 1801219; DOI: 10.1183/13993003.01219-2018 Published 13 December 2018

LỰA CHỌN THUỐC DỰA VÀO TRIỆU CHỨNG VÀ ĐỘT CẤP

1. Bệnh nhân đáp ứng tốt với thuốc khởi đầu nên tiếp tục duy trì

2. Nếu chưa:

- Kiểm tra sự tuân thủ, kỹ thuật hít và bệnh đồng mắc
- Xem xét các đặc điểm chính có thể điều trị để đánh đúng mục tiêu (khó thở hoặc đợt cấp)
 - Nếu cần điều trị cả đợt cấp và khó thở → Đi theo con đường đợt cấp
- Đặt bệnh nhân vào bước tương ứng với điều trị hiện tại & tuân theo chỉ định
- Đánh giá đáp ứng, điều chỉnh và kiểm tra lại
- Những hướng dẫn này không phụ thuộc vào việc đánh giá ABE khi chẩn đoán

BẢNG CHỨNG GIẢM TỈ LỆ TỬ VONG NHỜ CÁC LIỆU PHÁP ĐIỀU TRỊ

Liệu pháp	RCT*	Hiệu quả giảm tử vong	Đặc điểm bệnh nhân
Liệu pháp dùng thuốc			
LABA+LAMA+ICS ¹	Yes	Triple compared to dual LABD relative risk reduction: IMPACT HR 0.72 (95% CI: 0.53, 0.99) ETHOS HR 0.51 (95% CI: 0.33, 0.80)	Symptomatic people with a history of frequent and/or severe exacerbations
Liệu pháp không dùng thuốc			
Smoking (Sm) Cessation ²	Yes	8.83/1000 person-years (Sm cessation) vs 10.38/1000 person-years (UC) (p = 0.03)	Asymptomatic or mildly symptomatic
Pulmonary Rehabilitation (PR) ³	Yes	After early PR: RR 0.58 (95% CI 0.35, 0.98) and at the longest follow-up RR 0.55 (95% CI 0.12, 2.57)	Hospitalized for exacerbations of COPD (during or ≤ 4 weeks post d/c)
LTOT ⁴	Yes	NOTT, ≥ 19 hours of continuous oxygen vs ≤ 13 hours: 50% reduction MRC, ≥ 15 hours vs no oxygen: 50% reduction	PaO ₂ ≤ 55 or < 60 mmHg with <i>cor pulmonale</i> or secondary polycythemia
NPPV ⁵	Yes	12% in NPPV (high IPAP level) and 33% in control (HR 0.24; 95% CI 0.11, 0.49)	Stable COPD with marked hypercapnia
LVRs ⁶	Yes	0.07 deaths/person-year (LVRs) vs 0.15 deaths/person-year (UC) RR for death 0.47 (p = 0.005)	Upper lobe emphysema and low exercise capacity

TIẾP CẬN BỆNH NHÂN ĐANG SỬ DỤNG ICS + LABA

Trường hợp 1

- Đang kiểm soát tốt triệu chứng và đợt cấp

Tiếp tục điều trị với
ICS + LABA

Trường hợp 2

- Tiếp tục gặp đợt cấp

ICS + LABA + LAMA

CÁC ĐIỂM CHÍNH KHI ĐIỀU TRỊ LIỆU PHÁP KHÁNG VIÊM

2023
GOLD

Bảng 4.7

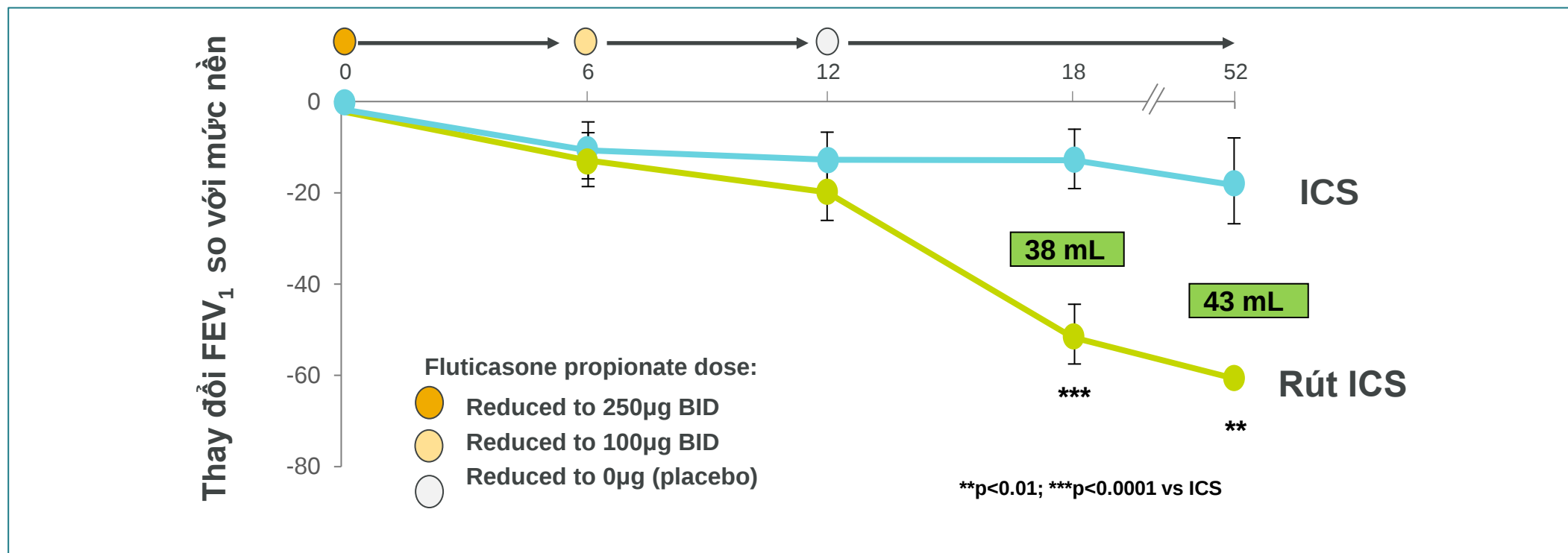
- Điều trị Đơn trị ICS kéo dài không được khuyến cáo (Chứng cứ A)
- Phối hợp ICS + LABA + LAMA được chứng minh hiệu quả hơn ICS + LABA và do đó được ưu tiên lựa chọn hơn. Phối hợp này có thể là trong 1 dụng cụ hoặc nhiều dụng cụ.
- Nếu bệnh nhân có các đặc điểm hen, điều trị luôn luôn nên bao gồm ICS

RÚT ICS Ở BỆNH NHÂN ĐANG DÙNG ICS/LABA/LAMA ỔN ĐỊNH?

- GOLD khuyến cáo tiếp tục duy trì liệu pháp hiện tại nếu bệnh nhân ổn định.
- Nếu rút ICS trên bệnh nhân có eosinophil máu ≥ 300 TB/uL thì BN có thể vào đợt cấp và suy giảm chức năng hô hấp.

LIỆU CÓ THỂ RÚT ICS Ở BN COPD ĐANG DÙNG BỘ 3?

NGHIÊN CỨU WISDOM



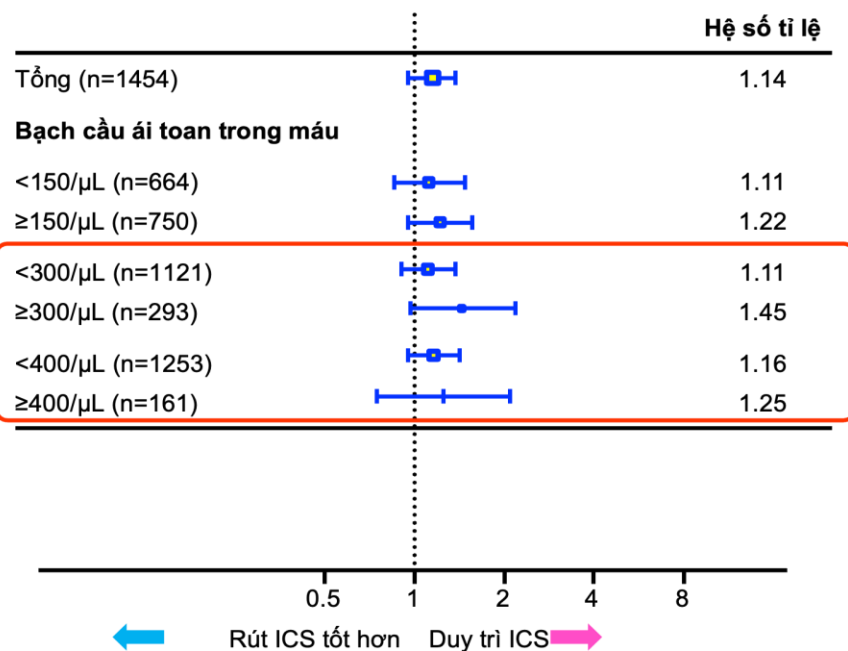
→ Rút ICS ở BN COPD đang dùng bộ 3 có liên quan đến suy giảm chức năng hô hấp

PHÂN TÍCH HẬU KIỂM NGHIỆM CỨU WISDOM

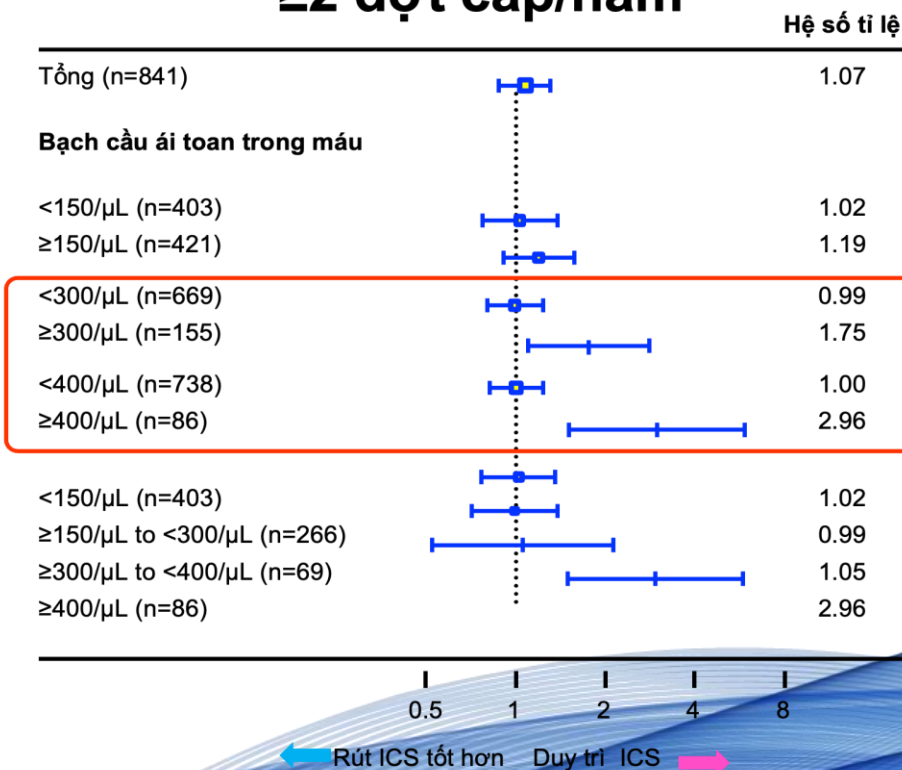
Tổng số bệnh nhân = 2485

Rút ICS tăng nguy cơ đợt cấp khi bệnh nhân có tiền căn ≥ 2 đợt cấp và BCAT/máu tăng

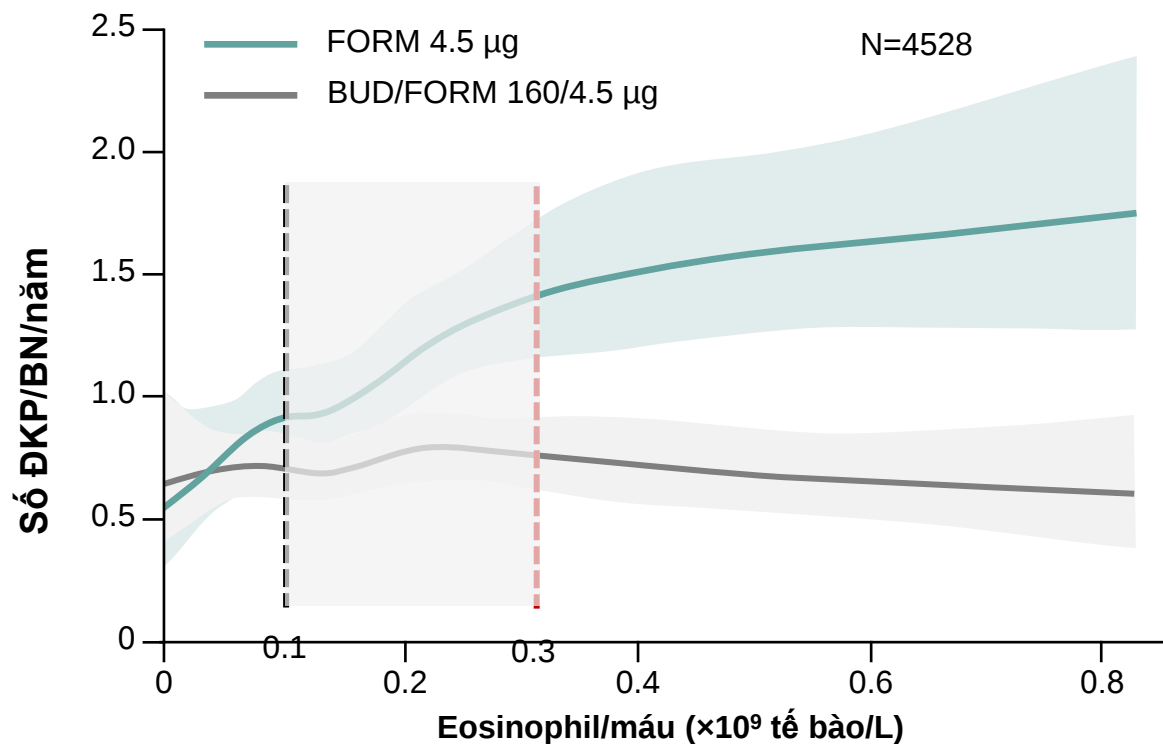
1 đợt cấp/năm



≥ 2 đợt cấp/năm



LIỆU PHÁP CHỨA ICS GIẢM ĐỢT CẤP TỐT HƠN LIỆU PHÁP CHỈ SỬ DỤNG THUỐC GIẢN PHẾ QUẢN Ở BỆNH NHÂN CÓ EOS CAO



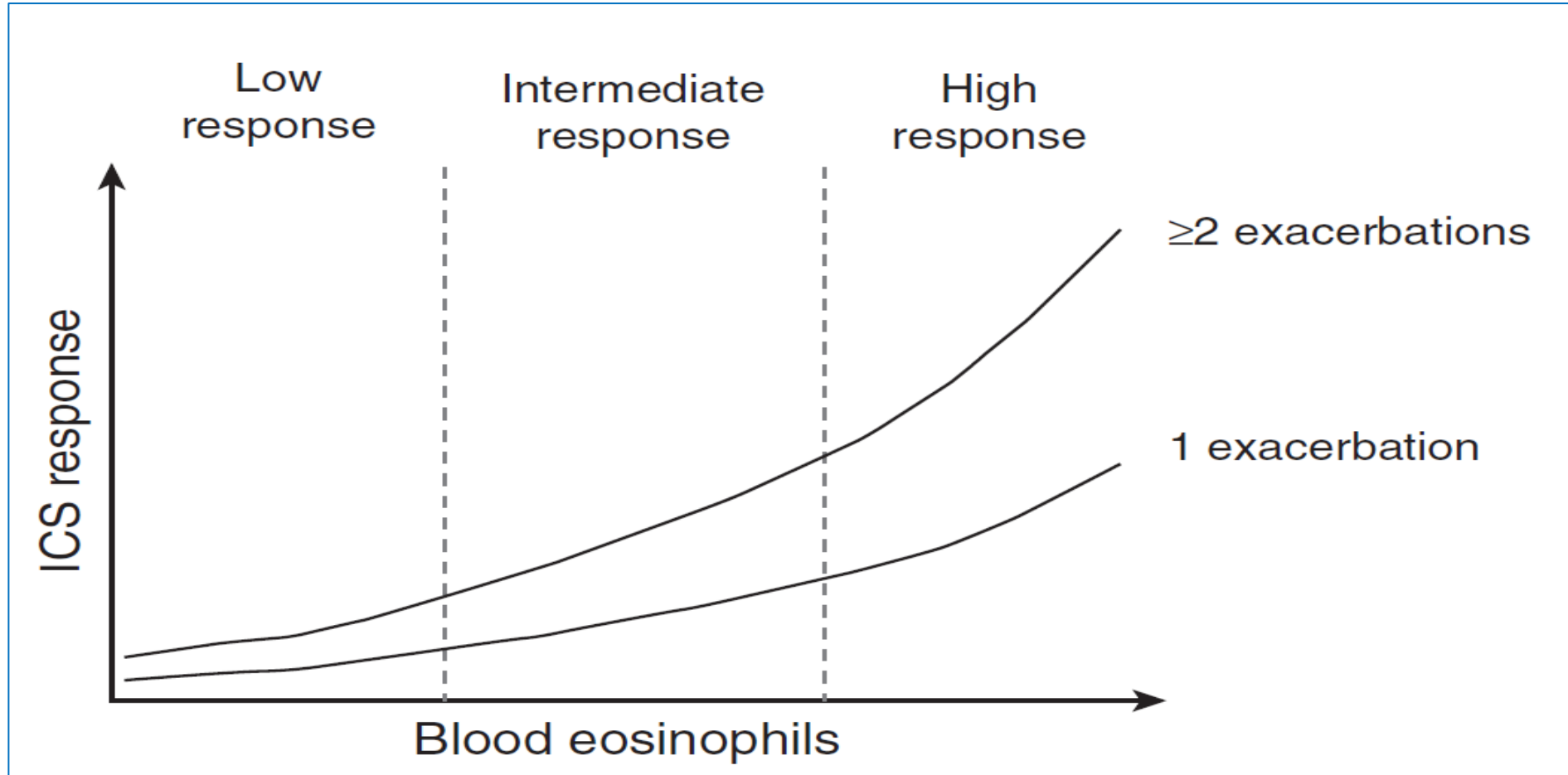
Rất ứng hộ ICS²

Tiền sử đợt cấp nhập viện*
 ≥ 2 đợt cấp trung bình /năm *
Eosinophil máu > 300 TB/ μ L
Tiền sử, hoặc đồng mắc Hen

Ứng hộ ICS²

≥ 1 ĐKP/năm trước*
Eosinophil máu 100- 300 TB/ μ L

MỐI LIÊN HỆ GIỮA EOSINOPHIL MÁU VÀ SỰ ĐÁP ỨNG VỚI ICS



PHÂN TÍCH GỘP

HIỆU QUẢ GIẢM ĐỘT CẤP CỦA CÁC LIỆU PHÁP

Treatment Comparison

Odds Ratio (95%CI)

TIOT/BUDE/FORM vs Placebo	0.23 (0.14,0.40)
INDA/GLYC vs Placebo	0.48 (0.36,0.64)
VILA/FLUT vs Placebo	0.57 (0.18,1.75)
TIOT/FLUT/SALM vs Placebo	0.58 (0.35,0.96)
FORM/BUDE vs Placebo	0.64 (0.45,0.91)
TIOT vs Placebo	0.65 (0.53,0.79)
SALM/FLUT vs Placebo	0.67 (0.53,0.85)
TIOT/SALM vs Placebo	0.71 (0.43,1.18)
FORM/BECLO vs Placebo	0.73 (0.45,1.19)
BUDE vs Placebo	0.75 (0.51,1.10)
VILA vs Placebo	0.75 (0.24,2.36)
GLYC vs Placebo	0.77 (0.57,1.03)
INDAC vs Placebo	0.78 (0.61,1.00)
SALM vs Placebo	0.79 (0.64,0.97)
FLUT vs Placebo	0.80 (0.49,1.31)
FORM vs Placebo	0.84 (0.60,1.18)

← Điều trị tốt hơn —

Giả dược tốt hơn better →

ICS & NGUY CƠ VIÊM PHỔI

Inhaled Corticosteroids and the Pneumonia Risk in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials

Front. Pharmacol. 12:691621.
 doi: 10.3389/fphar.2021.691621

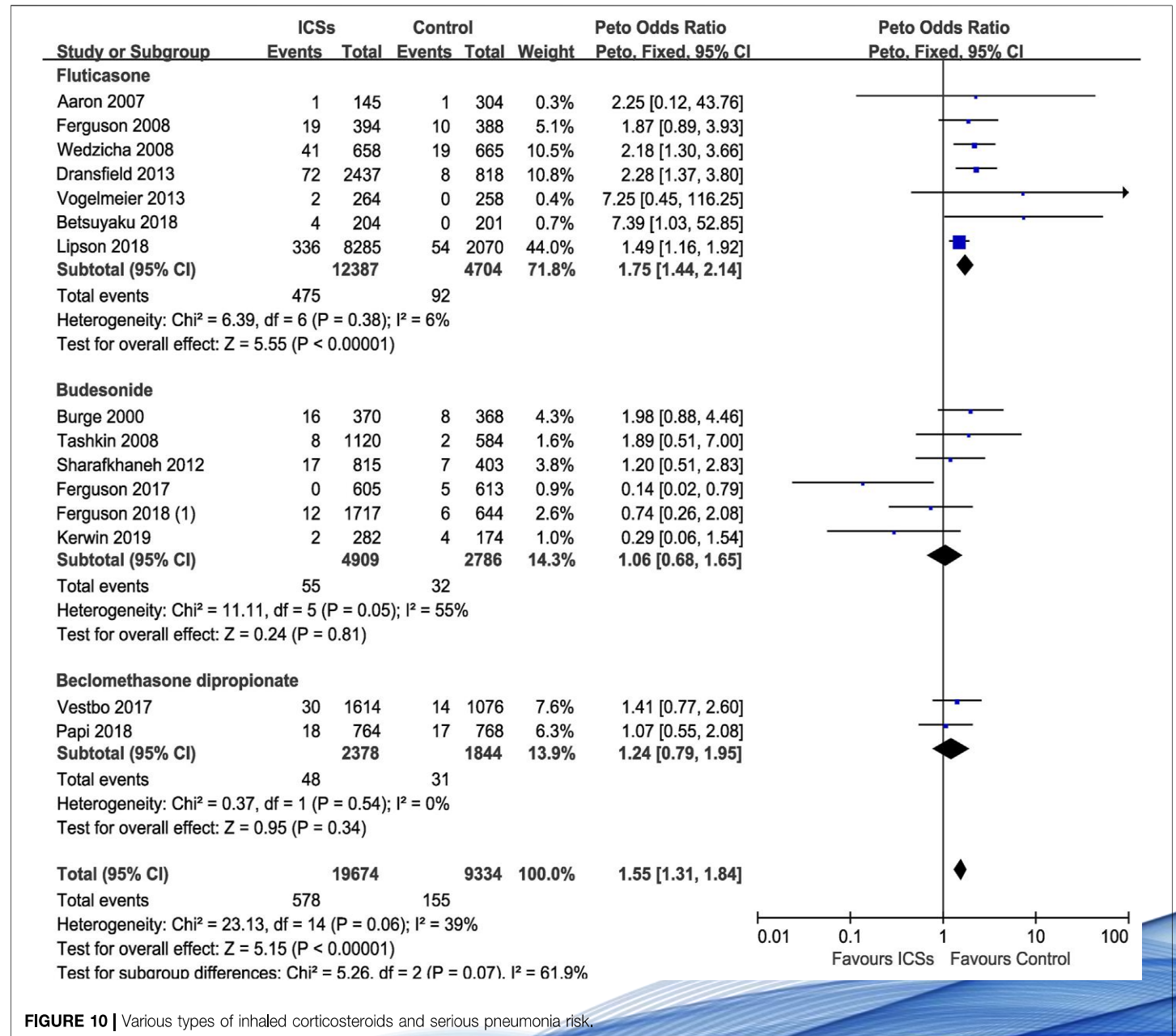


FIGURE 10 | Various types of inhaled corticosteroids and serious pneumonia risk.

NGUY CƠ VIÊM PHỔI ĐỘC LẬP SỬ DỤNG ICS

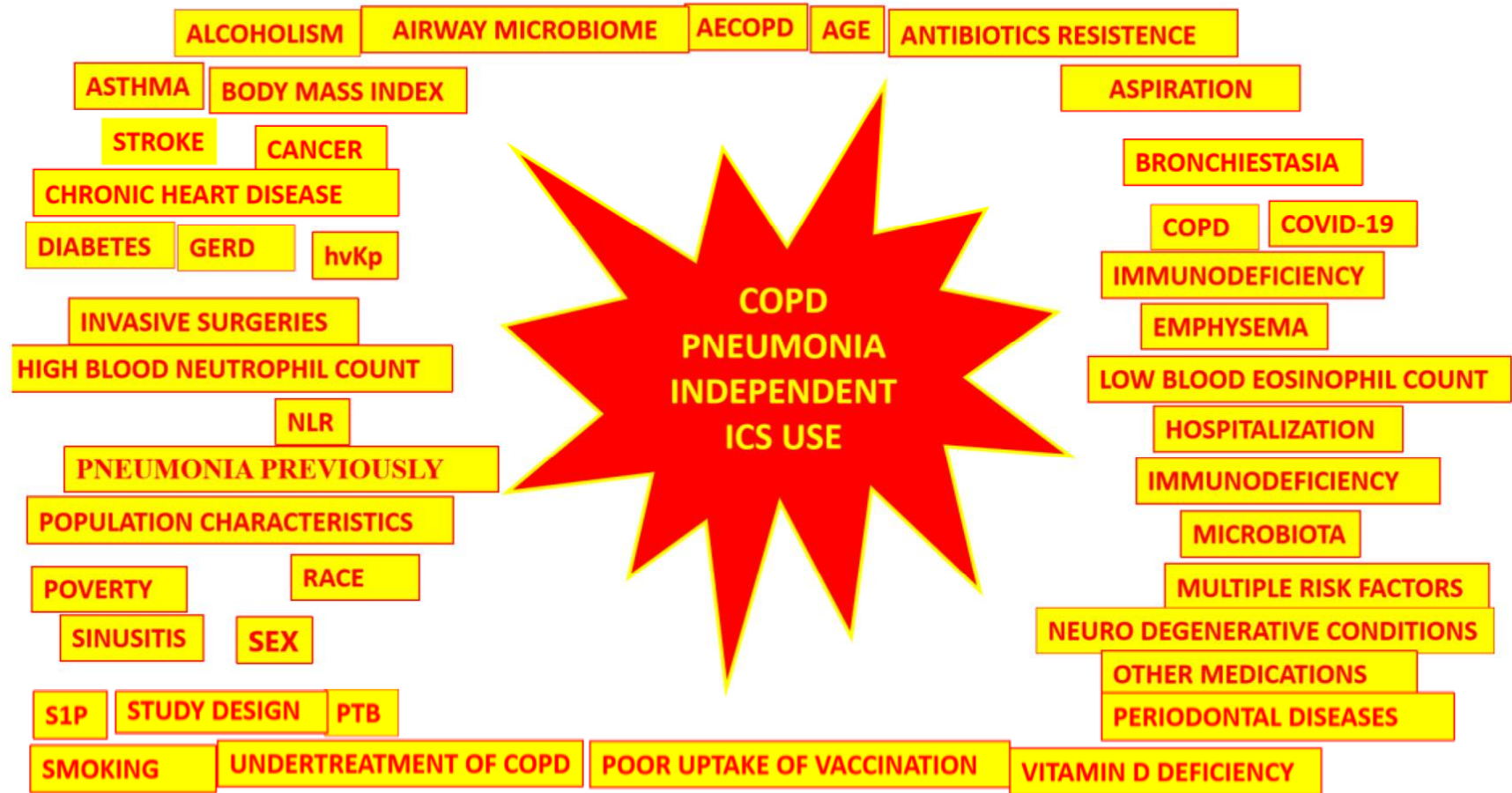
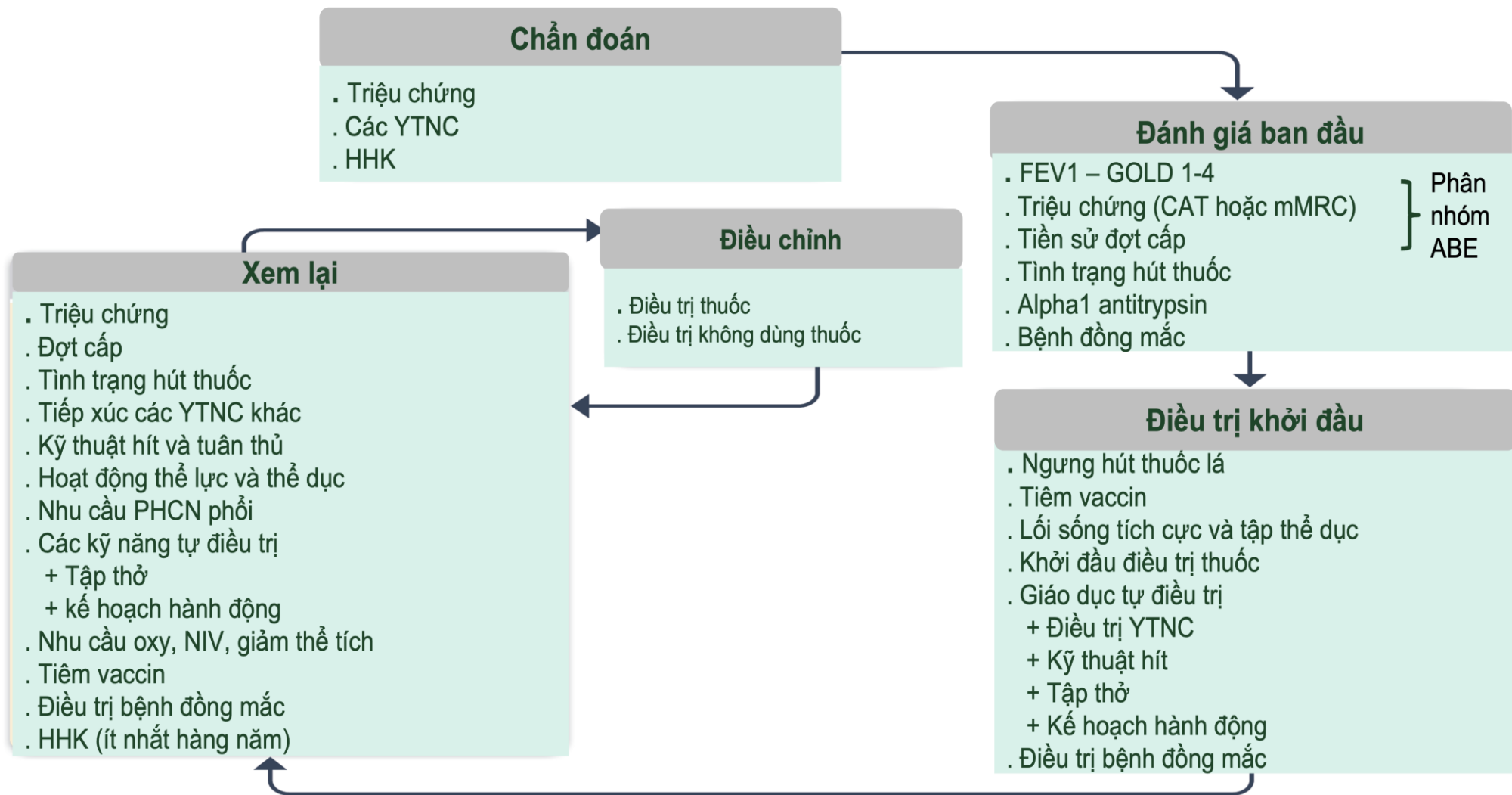


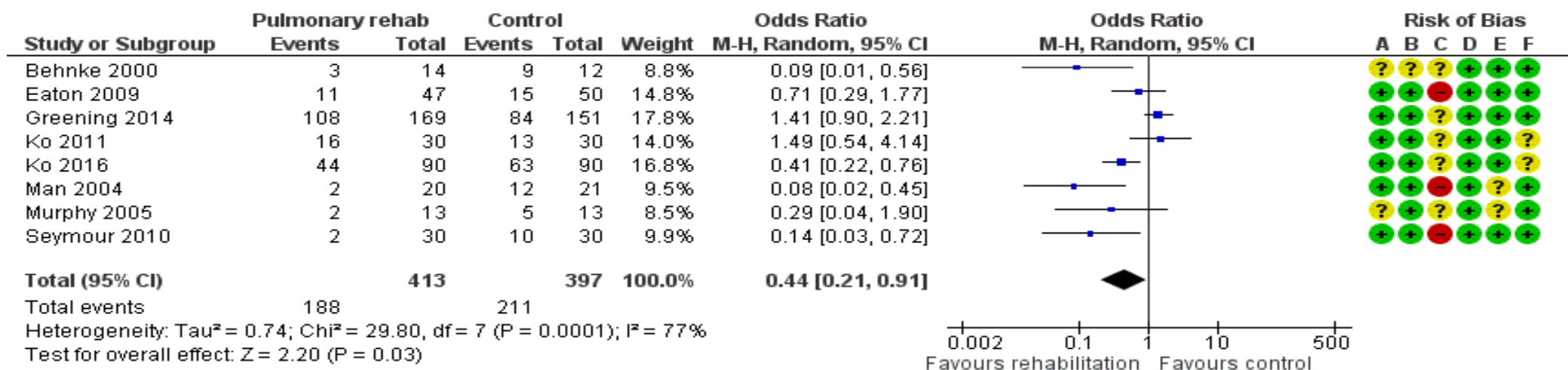
Figure 4. Causes of pneumonia in COPD that are combined and unrelated to ICS usage.

CHU TRÌNH QUẢN LÝ COPD



PHCNHH SAU XUẤT VIỆN GIẢM TÁI NHẬP VIỆN

Figure 3. Forest plot of comparison: 1 Rehabilitation versus control, outcome: 1.1 Hospital readmission (to end of follow-up).



Risk of bias legend

- (A) Random sequence generation (selection bias)
- (B) Allocation concealment (selection bias)
- (C) Blinding (performance bias and detection bias): Hospital admission
- (D) Incomplete outcome data (attrition bias)
- (E) Selective reporting (reporting bias)
- (F) Other bias

GIÁO DỤC SỨC KHOẺ SAU XUẤT VIỆN GIẢM TÁI NHẬP VIỆN

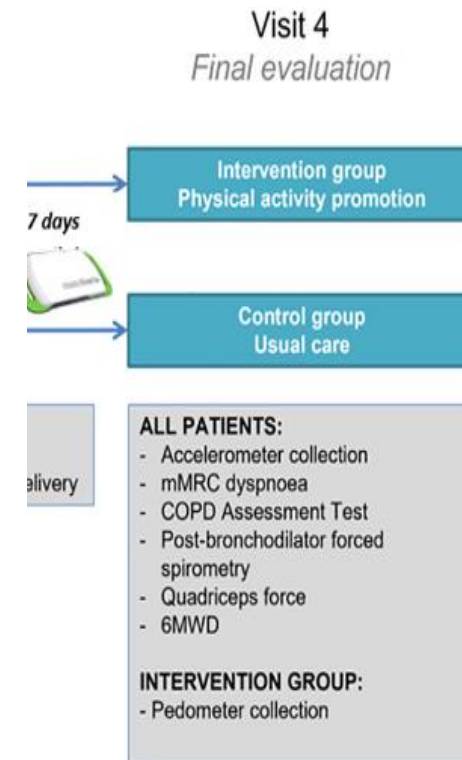
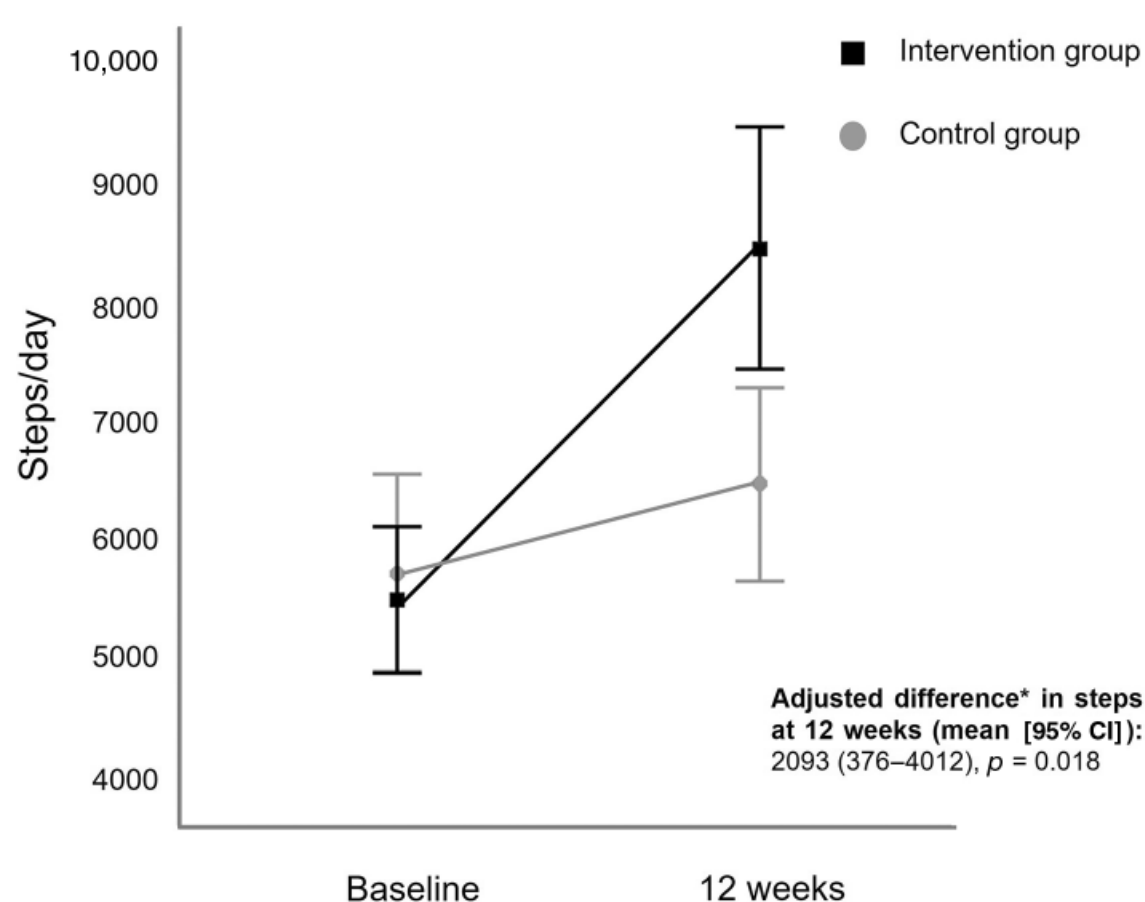
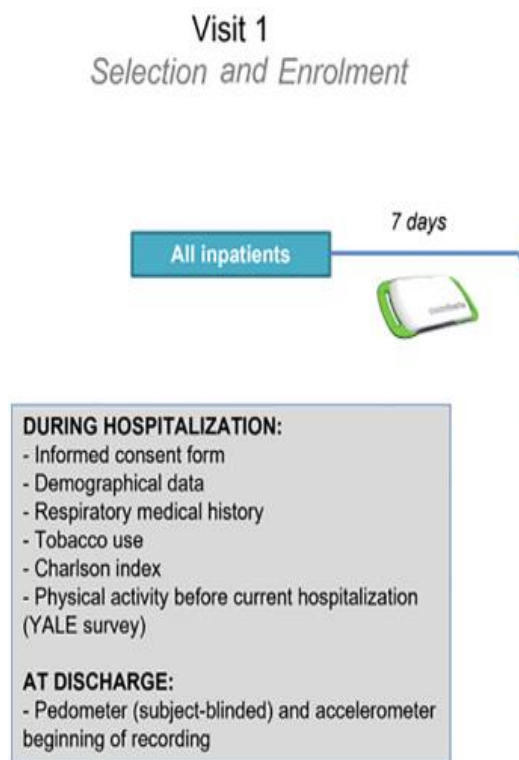
Table 3. Logistic Models for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Hospitalization at Each Time Point

Time Point	Odds Ratio for COPD Hospitalization in Intervention Arm Compared with Control Arm	95% Confidence Interval	P Value for a Difference Between the Intervention and Control Arms
1 mo	0.092	0.011–0.769	0.0276
3 mo	0.371	0.150–0.916	0.0315
6 mo	0.430	0.196–0.940	0.0344
12 mo	0.600	0.300–1.203	0.1502

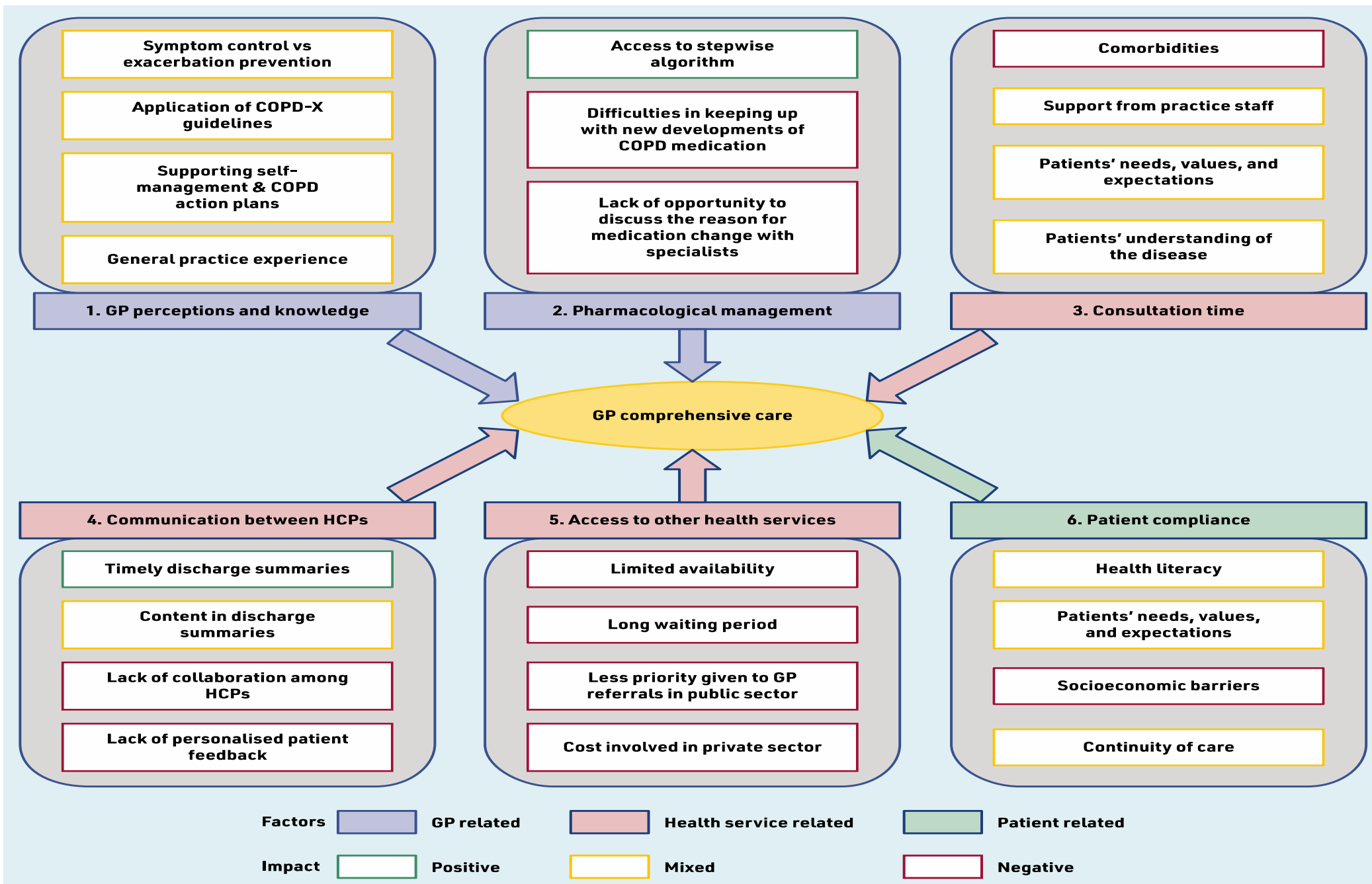
Definition of abbreviation: COPD = chronic obstructive pulmonary disease.

Models were adjusted for age, lung function (FEV₁), level of breathlessness (modified Medical Research Council dyspnea scale), and the number of hospitalizations in the year before baseline.

CẢI THIỆN HOẠT ĐỘNG THỂ LỰC SAU XUẤT VIỆN



CÁC YẾU TỐ TÁC ĐỘNG CHĂM SÓC BN COPD SAU ĐỢT CẤP



KẾT LUẬN

- ❖ Đợt cấp, đặc biệt là đợt cấp nhập viện mang lại nhiều gánh nặng cho bệnh nhân COPD.
- ❖ Quản lý điều trị COPD ngay sau xuất viện vì đợt cấp là mục tiêu quan trọng nhằm ngăn ngừa đợt cấp kế tiếp.
- ❖ Bộ y tế 2023 và GOLD 2023 hướng dẫn theo dõi, quản lý, điều chỉnh điều trị bệnh nhân COPD sau đợt cấp
- ❖ Cần nhắc lựa chọn phác đồ có chứa ICS cho các bệnh nhân COPD sau xuất viện vì đợt cấp, dựa trên nhiều yếu tố (đợt cấp, BCAT, hiệu quả và tác dụng phụ).
- ❖ Các điều trị không dùng thuốc sau xuất viện cũng được áp dụng và đã chứng minh giảm tái nhập viện.

Cảm ơn Quý Thầy, Cô,
Quý đồng nghiệp
đã theo dõi!

