

Chương trình đào tạo y khoa liên tục chuyên đề

QUẢN LÝ HEN, COPD VÀ NGỪNG THỞ KHI NGỦ: CẬP NHẬT 2023

Bài chuyên đề

QUẢN LÝ COPD & BỆNH ĐỒNG MẮC

GS.TSKH.BS. Dương Quý Sỹ

**Chủ tịch Hội Y Học Giấc ngủ Việt Nam – VSSM. Phó Chủ tịch Hội Hô hấp Việt Nam - VNRS
Nguyên Chủ tịch Liên đoàn YHGN ASEAN – FSSM. Trưởng Ban Đào tạo và Nghiên cứu Khoa học FSSM
ỦY VIÊN HỘI ĐỒNG QUỐC GIA GIÁO DỤC & PHÁT TRIỂN NHÂN LỰC VIỆT NAM**

PENNSSTATE HERSHEY



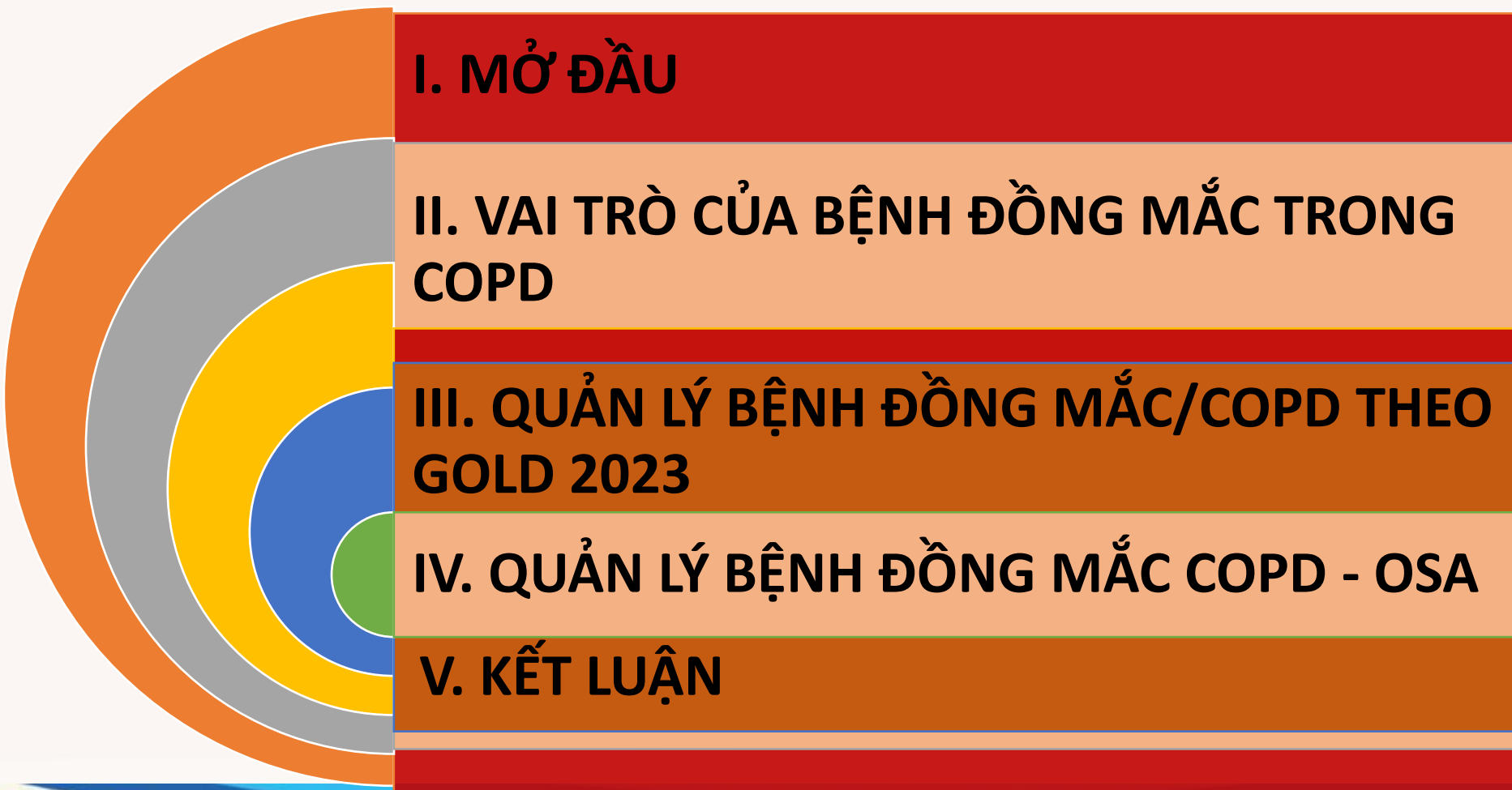
College of Medicine



Tp HCM, ngày 20/8/2023



NỘI DUNG BÁO CÁO



PHẦN I. MỞ ĐẦU

CẦN PHẢI QUẢN LÝ TỐT CÁC BỆNH ĐỒNG MẮC Ở BỆNH NHÂN COPD

- ❖ Các bệnh đồng mắc kèm tác động xấu đến bệnh nhân COPD bằng cách giảm chất lượng cuộc sống và tăng số lần nhập viện, nguy cơ nhập viện và tử vong.
- ❖ Các nghiên cứu trước đây cho thấy hầu hết bệnh nhân COPD tử vong do các bệnh đồng mắc hơn là tiến triển của bệnh.

Smith MC, Wrobel JP. Epidemiology and clinical impact of major comorbidities in patients with COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2014; 9: 871-88.

- ❖ Việc chẩn đoán và điều trị các bệnh đồng mắc ở bệnh nhân COPD thường khó khăn, đặc biệt đối với những bệnh nhân bị COPD nặng.
- ❖ Bệnh nhân COPD có các bệnh đồng mắc cần được theo dõi bởi các bác sĩ chuyên khoa trong lĩnh vực liên quan, đặc biệt là khi chẩn đoán bệnh không rõ ràng & chưa được điều trị.

Recio Iglesias J, et al. Management of the COPD patient with comorbidities: An experts recommendation document. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2019; 15: 1015-37.

PHẦN I. MỞ ĐẦU

- ❖ Tần suất bệnh đồng mắc ở bệnh nhân COPD rất cao: các bệnh đồng mắc thường gặp là bệnh tim mạch, bệnh mạch máu não, OSA, K phổi, tiểu đường → ảnh hưởng đến dự hậu và tử vong “Comorbidome”.



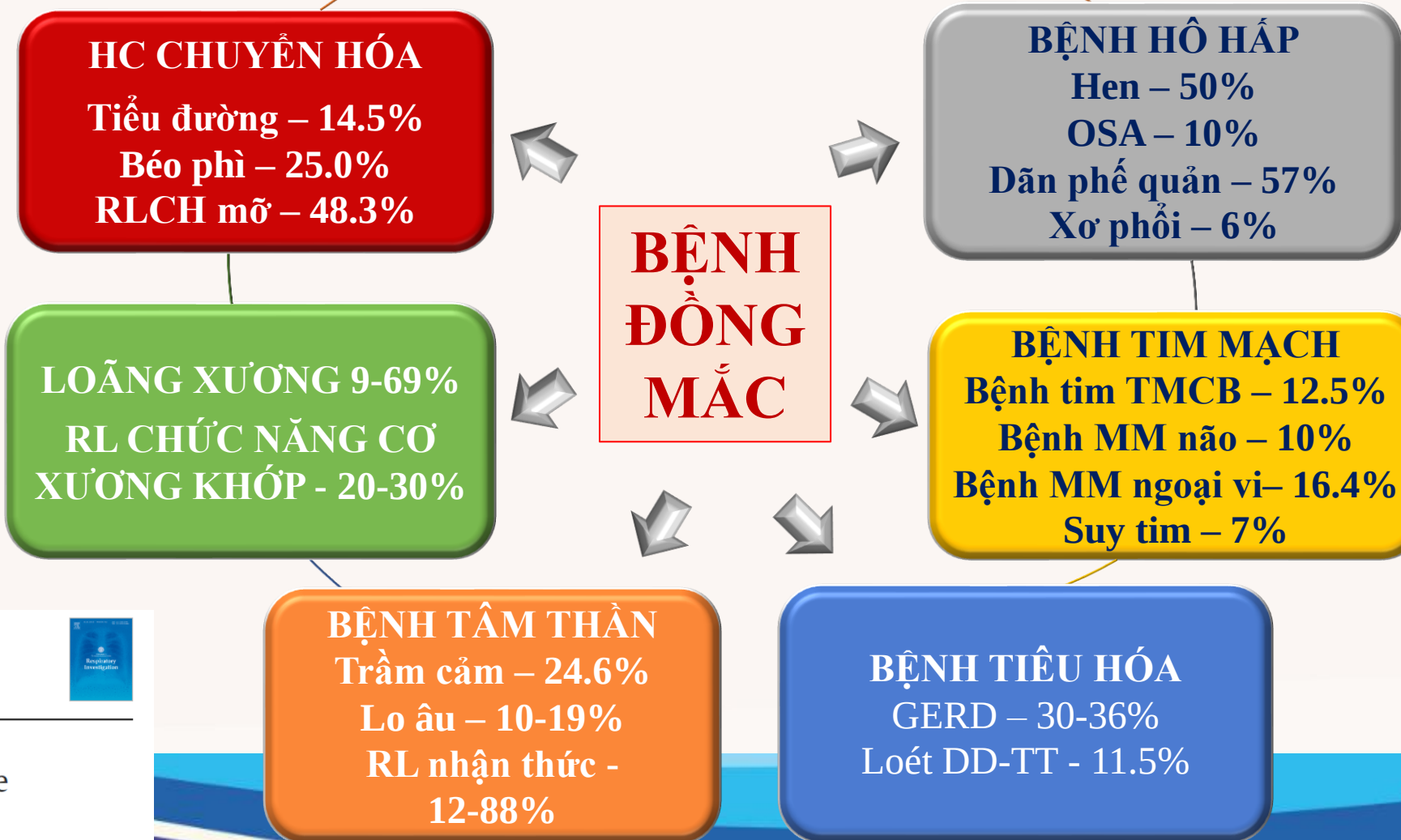
Divo M, et al. Comorbidities and risk of mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med. 2012;186(2):155–61.

- ❖ Khoảng 2/3 bệnh nhân COPD tử vong vì nguyên nhân ngoài phổi.
- ❖ Bệnh đồng mắc cũng ảnh hưởng đến kết quả điều trị COPD theo khuyến cáo hiện nay.
- ❖ Các nghiên cứu hiện nay đều mô tả rất ít các bệnh đồng mắc hoặc bệnh đồng mắc là tiêu chuẩn loại trừ của các nghiên cứu.

Celli BR, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: research questions in COPD. Eur Respir J. 2015;45(4):879–905.

PHẦN I. MỞ ĐẦU

COPD



Respiratory Investigation
Volume 53, Issue 6, November 2015, Pages 249-258



Review

Comorbidity in chronic obstructive pulmonary disease

Netsanet A. Negewo B Pharm, MSc^a ✉,

PHẦN I. MỞ ĐẦU



GLOBAL INITIATIVE
FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE
LUNG DISEASE



- ❖ Bệnh đồng mắc ở bệnh nhân COPD thường gặp và ảnh hưởng có ý nghĩa đến diễn tiến của bệnh.
- ❖ Bệnh đồng mắc không ảnh hưởng đến điều trị theo khuyến cáo COPD hiện nay và bệnh đồng mắc cũng được điều trị theo thông lệ độc lập với COPD.

PHẦN I. MỞ ĐẦU



GLOBAL INITIATIVE
FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE
LUNG DISEASE



❖ **Bệnh đồng mắc thường gặp ở bệnh nhân COPD:**

- Bệnh tim mạch: bệnh đồng mắc quan trọng.
- Ung thư phổi thường gặp và là nguyên nhân tử vong chính: CT lồng ngực liều thấp được khuyến cáo ở bệnh nhân COPD do thuốc lá.
- Loãng xương và trầm cảm/lo âu cũng thường gặp / COPD nhưng thường chưa được chẩn đoán, kết hợp với tình trạng sức khỏe kém và dự hậu xấu.
- GERD làm tăng nguy cơ đợt kịch phát và tình trạng sức khỏe xấu ở bệnh nhân COPD.

PHẦN II. VAI TRÒ CỦA BỆNH ĐỒNG MẮC / COPD

1. Bệnh đồng mắc chưa được kiểm soát tốt là một trong những nguyên nhân gây đợt kịch phát COPD – AECOPD.

Hurst et al. *Respiratory Research* (2022) 23:213
<https://doi.org/10.1186/s12931-022-02123-5>

Respiratory Research

REVIEW

Open Access

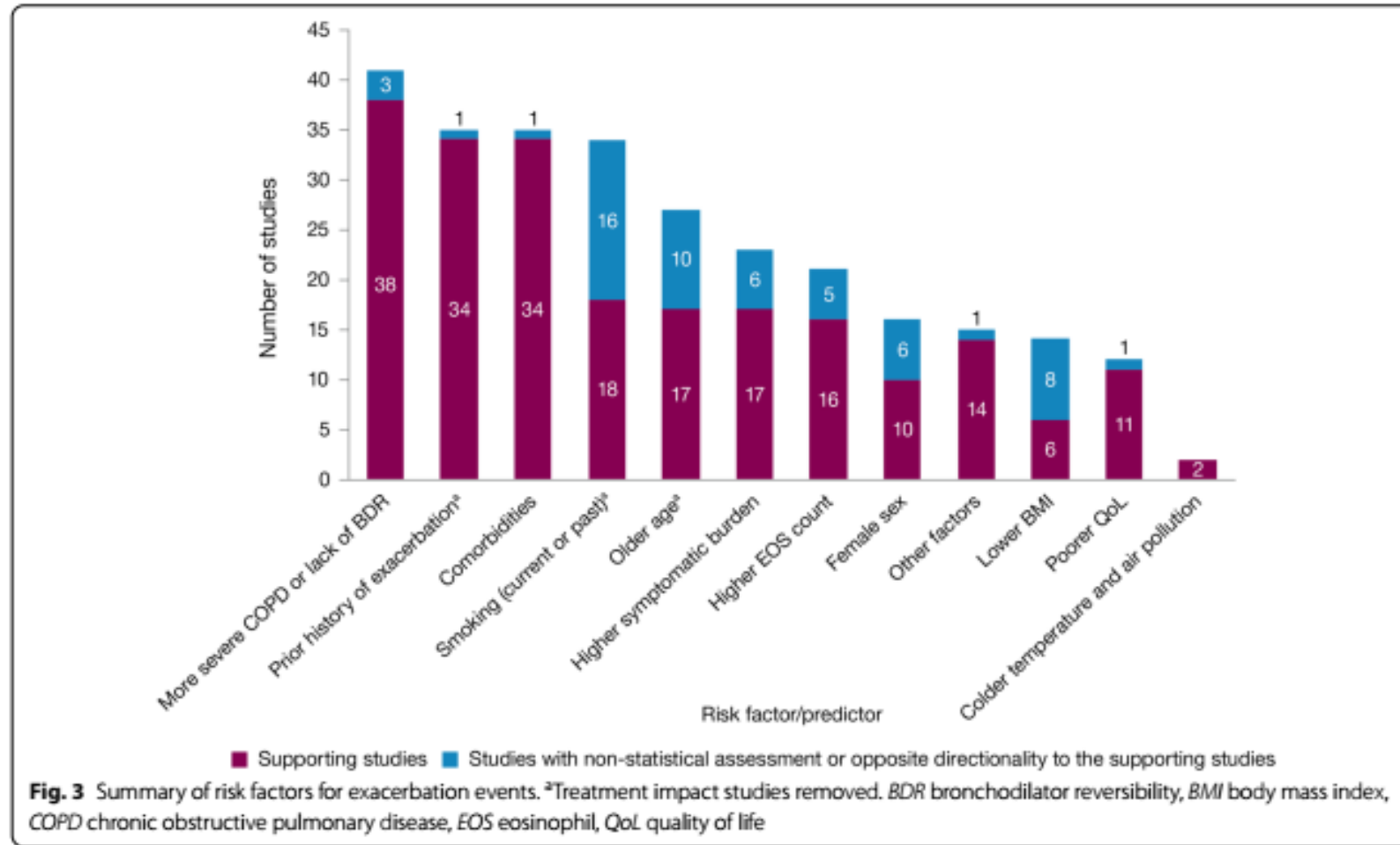


Prognostic risk factors for moderate-to-severe exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic literature review

John R. Hurst^{1*}, MeiLan K. Han², Barinder Singh³, Sakshi Sharma⁴, Gagandeep Kaur³, Enrico de Nigris⁵, Ulf Holmgren⁶ and Mohd Kashif Siddiqui³

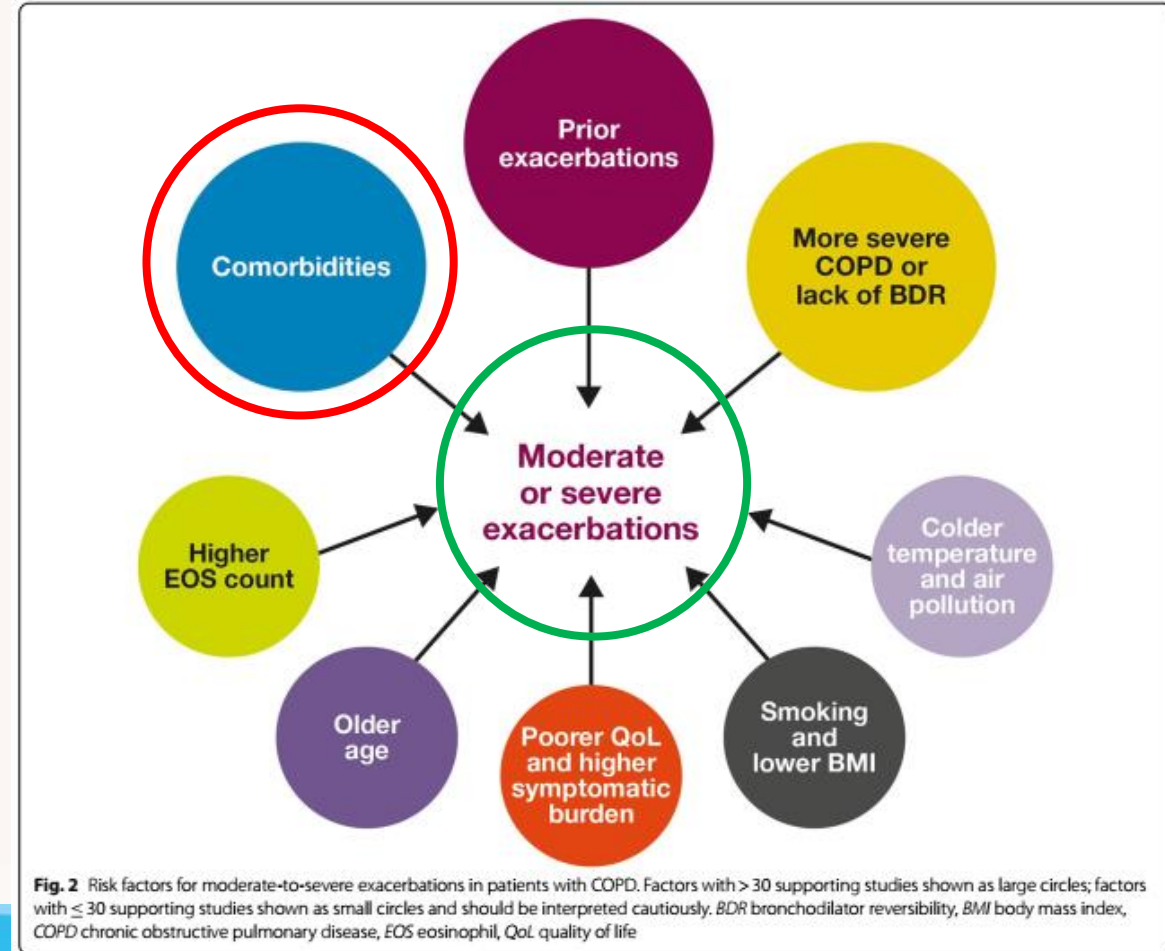
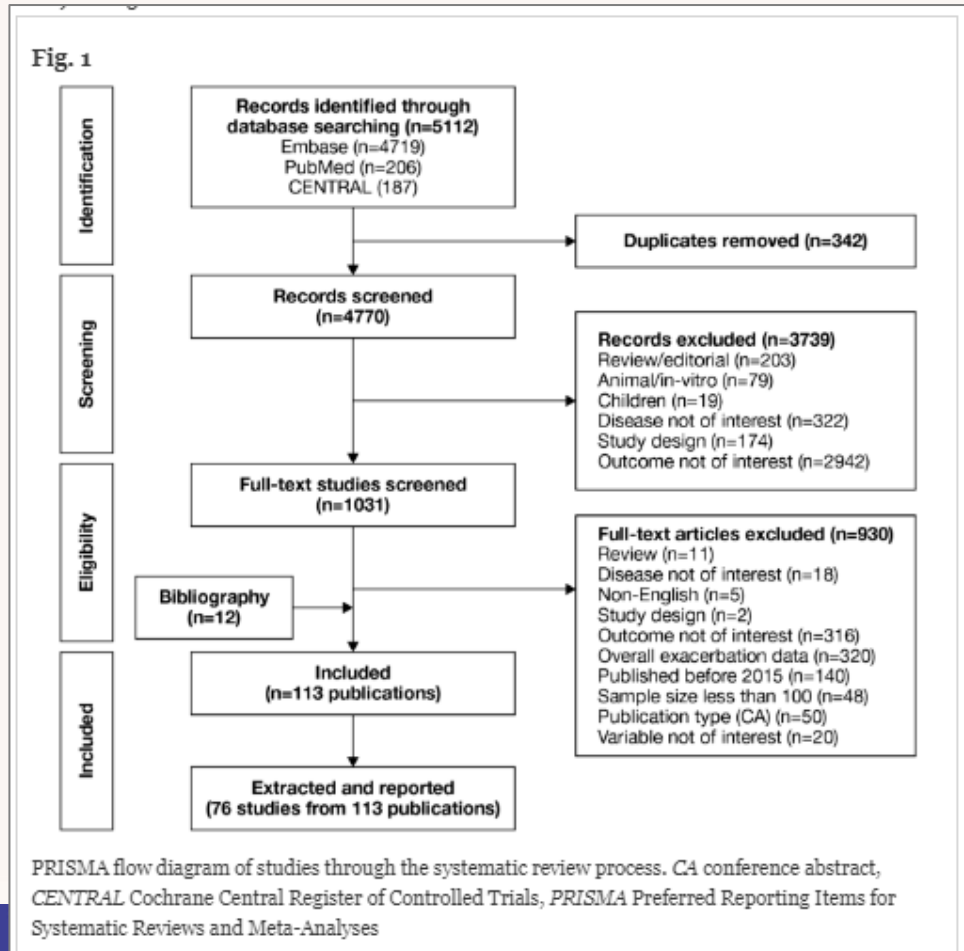
PHẦN II. VAI TRÒ CỦA BỆNH ĐỒNG MẮC / COPD

1. Bệnh đồng mắc chưa được kiểm soát tốt là một trong những nguyên nhân gây đợt kịch phát COPD – AECOPD.



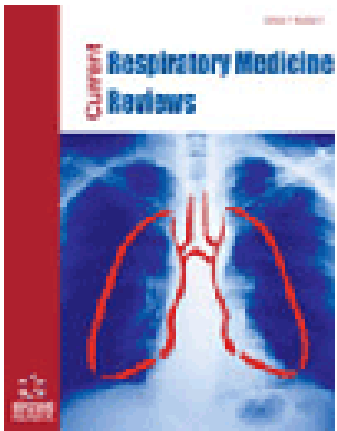
PHẦN II. VAI TRÒ CỦA BỆNH ĐỒNG MẮC / COPD

1. Bệnh đồng mắc chưa được kiểm soát tốt là một trong những nguyên nhân gây đợt kịch phát COPD – AECOPD.



PHẦN II. VAI TRÒ CỦA BỆNH ĐỒNG MẮC / COPD

2. Bệnh đồng mắc chưa được kiểm soát tốt và thiếu chương trình PHCN hô hấp & vận động làm tăng nguy cơ xuất hiện các đợt kịch phát COPD – AECOPD.



F Clinical Approaches to Minimize Readmissions of Patients with COPD: A Narrative Review

Authors: Duong-Quy, Sy; Vo-Pham-Minh, Thu; Duong-Thi-Thanh, Van; Craig, Timothy; Nguyen-Nhu, Vinh

Source: Current Respiratory Medicine Reviews, Volume 19, Number 1, 2023, pp. 12-23(12)

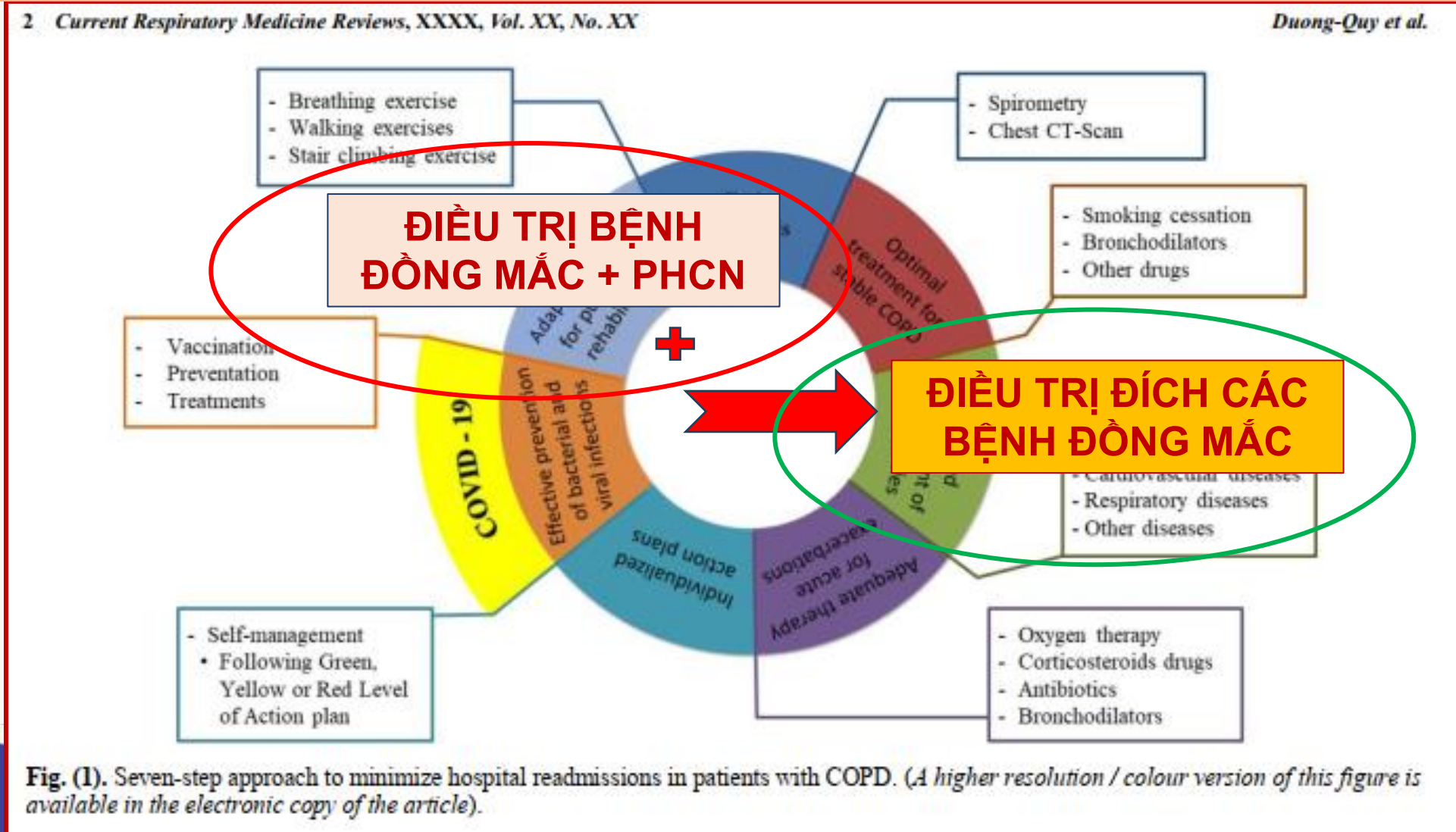
Publisher: Bentham Science Publishers

DOI: <https://doi.org/10.2174/1573398X18666220903121800>

PHẦN II. VAI TRÒ CỦA BỆNH ĐỒNG MẮC / COPD

2. Bệnh đồng mắc chưa được kiểm soát tốt và thiếu chương trình PHCN hô hấp & vận động làm tăng nguy cơ xuất hiện các đợt kịch phát COPD – AECOPD.

Duong-Quy, Sy; Vo-Pham-Minh, Thu; Duong-Thi-Thanh, Van; Craig, Timothy; Nguyen-Nhu, Vinh. *Current Respiratory Medicine Reviews*, Volume 19, Number 1, 2023, pp. 12-23(12)



PHẦN II. VAI TRÒ CỦA BỆNH ĐỒNG MẮC / COPD

2. Bệnh đồng mắc chưa được kiểm soát tốt và thiếu chương trình PHCN hô hấp & vận động làm tăng nguy cơ xuất hiện các đợt kịch phát COPD – AECOPD.

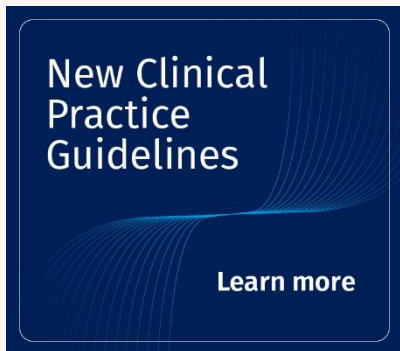
Duong-Quy, Sy; Vo-Pham-Minh, Thu; Duong-Thi-Thanh, Van; Craig, Timothy; Nguyen-Nhu, Vinh. Current Respiratory Medicine Reviews, Volume 19, Number 1, 2023, pp. 12-23(12)



Fig. (7). Stair climbing exercise for stable COPD patients. *(A higher resolution / colour version of this figure is available in the electronic copy of the article).*

PHẦN II. VAI TRÒ CỦA BỆNH ĐỒNG MẮC / COPD

2. Bệnh đồng mắc chưa được kiểm soát tốt và thiếu chương trình PHCN hô hấp & vận động làm tăng nguy cơ xuất hiện các đợt kịch phát COPD – AECOPD.





[Sign In](#)[Register](#)

[AJRCCM](#)[AJRCMB](#)[AnnalsATS](#)[ATS Scholar](#)

American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine

Home > American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine > List of Issues > Volume 208, Issue 4



Pulmonary Rehabilitation for Adults with Chronic Respiratory Disease: An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline

[Previous](#)

 Carolyn L. Rochester ,  Jennifer A. Alison ,  Brian Carlin ,  Alex R. Jenkins ,  Narelle S. Cox ,  Gerene Bauldoff ,  Surya P. Bhatt ,  Jean Bourbeau ,  Chris Burtin ,  Pat G. Camp ,  Thomas M. Cascino , [Show All...](#)

<https://doi.org/10.1164/rccm.202306-1066ST>

PHẦN II. VAI TRÒ CỦA BỆNH ĐỒNG MẮC / COPD

2. Bệnh đồng mắc chưa được kiểm soát tốt và thiếu chương trình PHCN hô hấp & vận động làm tăng nguy cơ xuất hiện các đợt kịch phát COPD – AECOPD.

Question	Recommendation	Strength of recommendation Quality of Evidence
1. Should adults with stable COPD undertake pulmonary rehabilitation?	For adults with stable COPD, we recommend participation in pulmonary rehabilitation	Strong Moderate
2. Should adults with COPD undertake pulmonary rehabilitation following hospitalization for an exacerbation?	For adults with COPD, we recommend participation in pulmonary rehabilitation following hospitalization for exacerbation of COPD	Strong Moderate
3. Should adults with ILD undertake pulmonary rehabilitation?	For adults with ILD, we recommend participation in pulmonary rehabilitation	Strong Moderate
4. Should adults with pulmonary hypertension undertake pulmonary rehabilitation?	For adults with pulmonary hypertension, we suggest participation in pulmonary rehabilitation	Conditional Low
5. Should adults with CRD undertake telerehabilitation?	For adults with stable CRD, we recommend offering the choice of center-based pulmonary rehabilitation or telerehabilitation	Strong Moderate
6. Should adults with CRD undertake maintenance pulmonary rehabilitation?	For adults with COPD, we suggest either supervised maintenance pulmonary rehabilitation or usual care after initial pulmonary rehabilitation	Conditional Low

New Clinical
Practice
Guidelines

Learn more

PHẦN II. VAI TRÒ CỦA BỆNH ĐỒNG MẮC / COPD

3. Bệnh đồng mắc rất thường gặp và có tần suất cao ở bệnh nhân COPD.

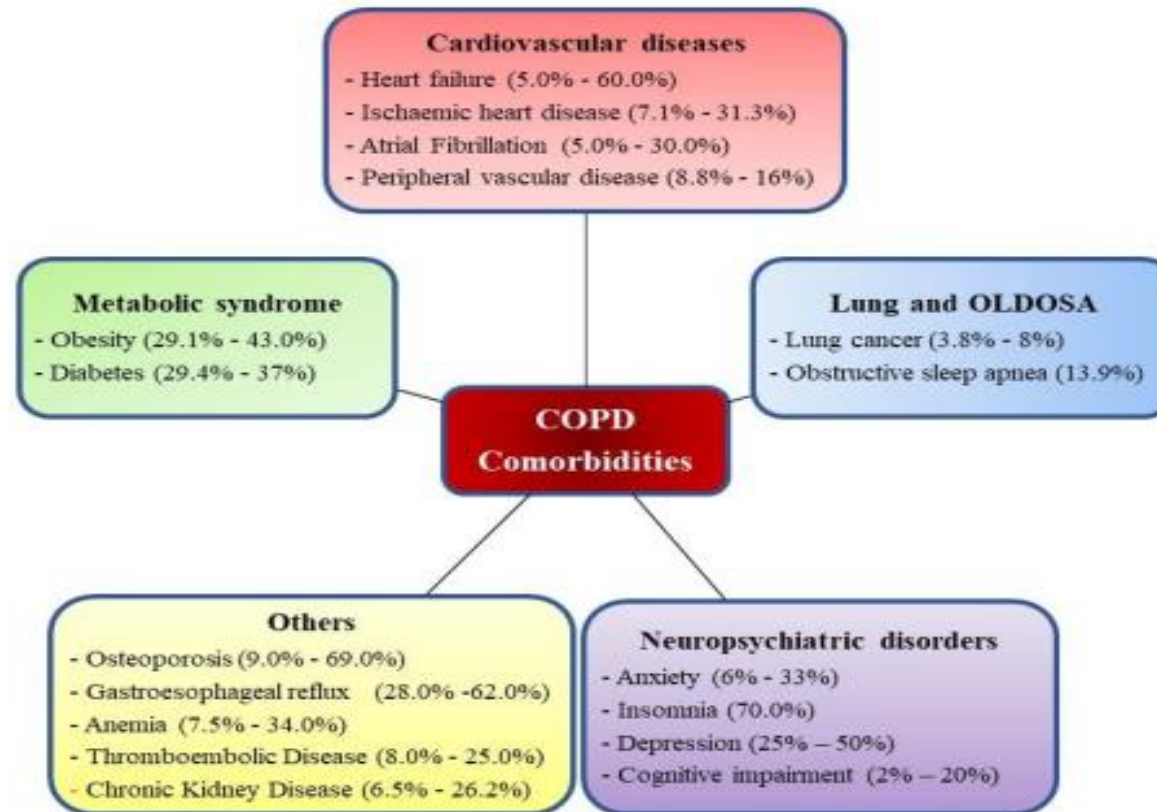


Fig. (5). The proportion of comorbidities in patients with COPD. **Abbreviations:** OLDOSA: obstructive lung disease and obstructive sleep apnea. (A higher resolution / colour version of this figure is available in the electronic copy of the article).

PHẦN II. VAI TRÒ CỦA BỆNH ĐỒNG MẮC / COPD

4. Bệnh nhân COPD thường có nhiều bệnh đồng mắc khác nhau.



The screenshot displays the homepage of the European Respiratory Journal. At the top left is the journal's logo, a red circle with a white grid pattern. To its right, the text "EUROPEAN RESPIRATORY *journal*" is written in blue, with "FLAGSHIP SCIENTIFIC JOURNAL OF ERS" in smaller blue text below it. On the top right, there is a search bar with the word "search" and a magnifying glass icon, and a link to "Advanced Search". Below the header, a navigation menu contains links: "Home", "Current issue", "ERJ Early View", "Past issues", "ERS Guidelines", "Authors/reviewers", "Alerts", and "Subscriptions". The main content area features a "Check for updates" icon and the title "COPD comorbidities network". Below the title, the authors are listed: "Miguel J. Divo, Ciro Casanova, Jose M. Marin, Victor M. Pinto-Plata, Juan P. de-Torres, Javier J. Zulueta, Carlos Cabrera, Jorge Zagaceta, Pablo Sanchez-Salcedo, Juan Berto, Rebeca Baz Davila, Ana B. Alcaide, Claudia Cote, Bartolome R. Celli The BODE Collaborative Group". At the bottom, the publication information is given: "European Respiratory Journal 2015 46: 640-650; DOI: 10.1183/09031936.00171614".

EUROPEAN RESPIRATORY *journal*
FLAGSHIP SCIENTIFIC JOURNAL OF ERS

search 

Advanced Search

Home Current issue ERJ Early View Past issues ERS Guidelines Authors/reviewers Alerts Subscriptions

 COPD comorbidities network

Miguel J. Divo, Ciro Casanova, Jose M. Marin, Victor M. Pinto-Plata, Juan P. de-Torres, Javier J. Zulueta, Carlos Cabrera, Jorge Zagaceta, Pablo Sanchez-Salcedo, Juan Berto, Rebeca Baz Davila, Ana B. Alcaide, Claudia Cote, Bartolome R. Celli The BODE Collaborative Group

European Respiratory Journal 2015 46: 640-650; DOI: 10.1183/09031936.00171614

Miguel J. Divo, et al. European Respiratory Journal Sep 2015

PHẦN II. VAI TRÒ CỦA BỆNH ĐỒNG MẮC / COPD

4. Bệnh nhân COPD thường có nhiều bệnh đồng mắc khác nhau.

TABLE 1 Subject characteristics

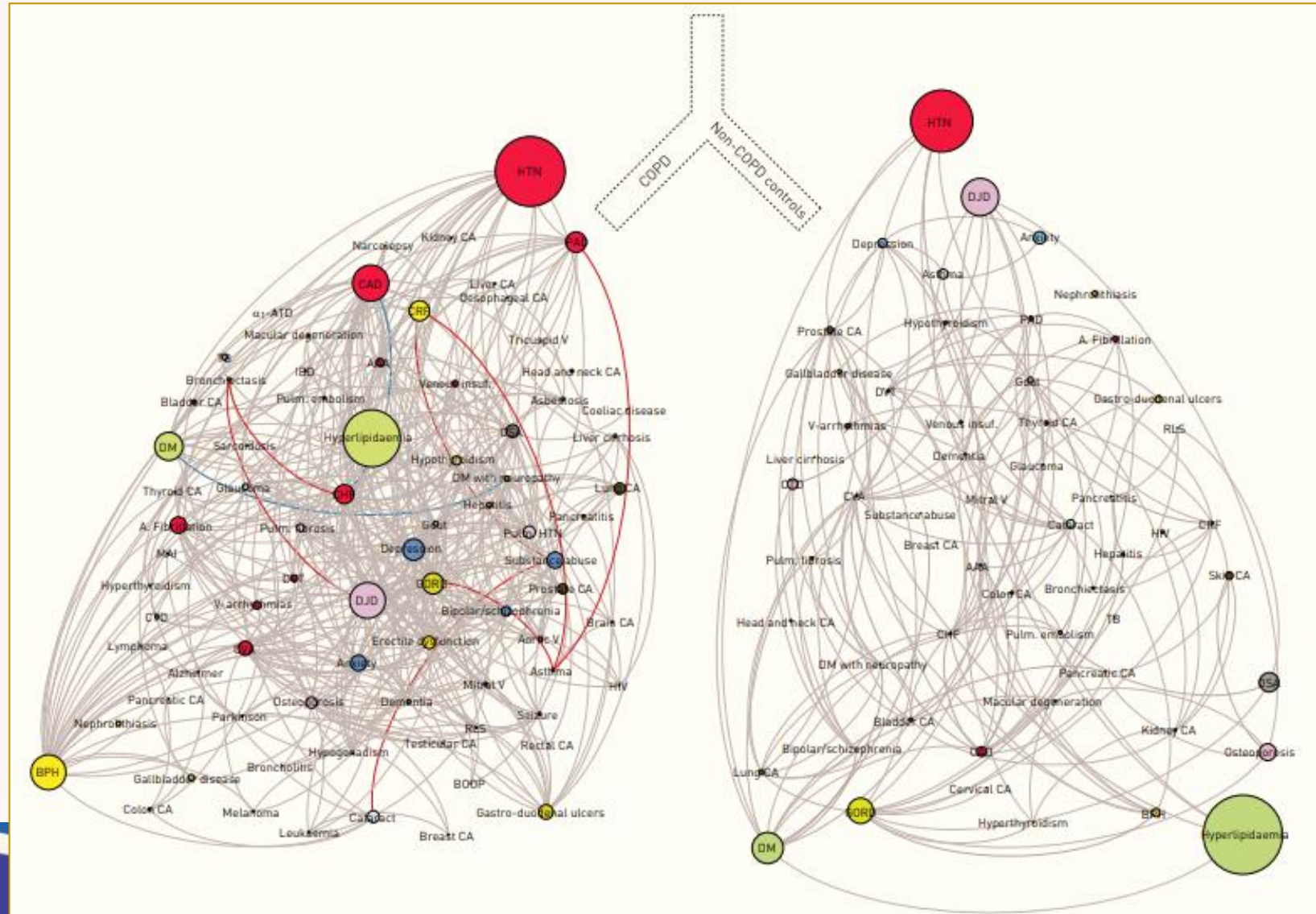
Demographic	COPD	Controls	p-value
Subjects n	1969	316	
Age	67±9	58±11	<0.0001
Age categories			
Age ≤55 years	236 [12]	132 [43]	<0.0001
Age >55 and <65	528 [27]	84 [26]	NS
Age ≥65 years	1205 [61]	100 [31]	<0.0001
Male	1734 [89]	194 [56]	
Current smoker	603 [33]	164 [48]	<0.0001
Pack-years	75±45	33±22	<0.0001
Spirometry			
FEV ₁ % predicted	52±21	100±15	<0.0001
GOLD I	221 [11]		
GOLD II	757 [38]		
GOLD III	692 [35]		
GOLD IV	299 [15]		
BODE index	3 [1–5]		
BODE 0–2	795 [42]		
BODE 3–4	528 [28]		
BODE 5–6	319 [17]		
BODE 7–10	261 [14]		
BMI	27.2±5.4	27.8±4.9	0.115
≤21 kg·m ⁻²	268 [14]	29 [9]	NS
>21–<25 kg·m ⁻²	355 [18]	59 [19]	NS
≥25–<30 kg·m ⁻²	759 [39]	130 [42]	NS
≥30–<35 kg·m ⁻²	409 [21]	71 [22]	NS
≥35 kg·m ⁻²	175 [9]	27 [9]	NS
Comorbidities per patient[#]			
Comorbidities (whole)	4 [2–7; 0–20]	2 [0–3; 0–14]	<0.0001
Comorbidities by age			
≤55 years	4 [1–6; 0–14]	1 [0–2; 0–7]	<0.0001
>55–<65 years	4 [2–6; 0–19]	2 [1–4; 0–8]	<0.0001
≥65 years	5 [3–7; 0–20]	2 [3–4; 0–14]	<0.0001
Comorbidities by sex			
Male	4 [2–7; 0–20]	2 [1–3; 0–14]	<0.0001
Female	3 [1–5; 0–14]	1 [0–3; 0–8]	<0.0001

Miguel J. Divo, et al.
European Respiratory
Journal Sep 2015



PHẦN II. VAI TRÒ CỦA BỆNH ĐỒNG MẮC / COPD

4. Bệnh nhân COPD thường có nhiều bệnh đồng mắc khác nhau.

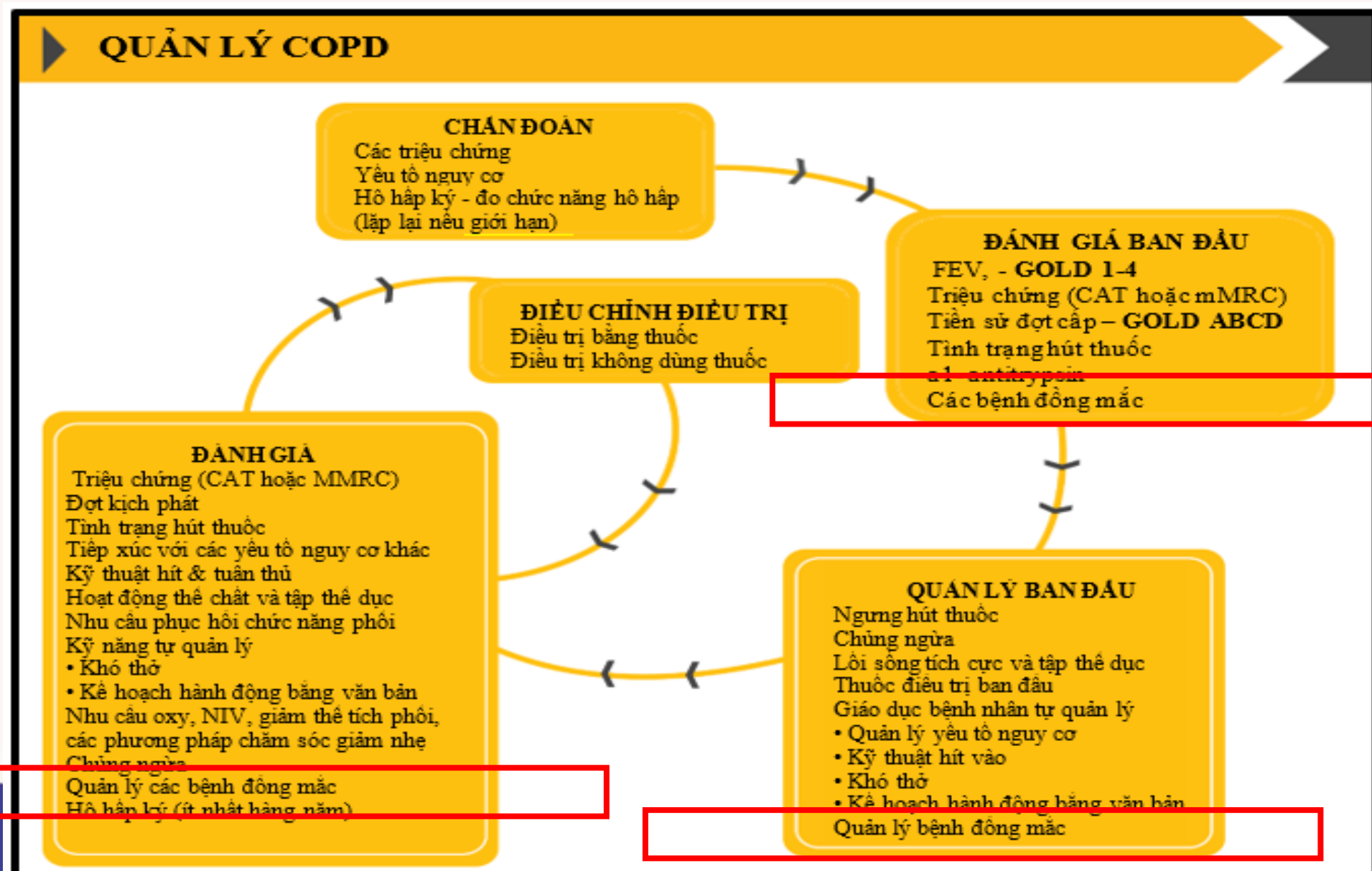


*Miguel J. Divo, et al.
European Respiratory
Journal Sep 2015*

PHẦN III. QUẢN LÝ BỆNH ĐỒNG MẮC/COPD THEO GOLD



PHẦN III. QUẢN LÝ BỆNH ĐỒNG MẮC/COPD THEO GOLD



PHẦN III. QUẢN LÝ BỆNH ĐỒNG MẮC/COPD THEO GOLD



1. BỆNH TIM MẠCH.

❖ Suy tim

- Tần suất 20 – 70% ở bệnh nhân COPD
- 40% bệnh nhân COPD thở NIV do suy hô hấp tăng thán khí có rối loạn chức năng thất trái
- **Điều trị với β 1-blockers cải thiện sống còn ở BN suy tim và được khuyến dùng cho BN suy tim bị COPD đi kèm.**

❖ Bệnh tim do thiếu máu cục bộ (Ischaemic Heart Disease)

- Cần phải đánh giá IHS cho tất cả bệnh nhân COPD.
- Biến cố của IHD gia tăng trong đợt cấp AECOPD và 90 ngày sau AECOPD: tử vong, đột quỵ, NMCT, đau ngực không ổn định.
- BN COPD có troponin cao có nguy cơ tử vong ngắn (30 ngày) – dài hạn.
- **Điều trị IHD theo khuyến cáo tim mạch.**



PHẦN III. QUẢN LÝ BỆNH ĐỒNG MẮC/COPD THEO GOLD



1. BỆNH TIM MẠCH.

❖ Suy tim

- Tần suất 20 – 70% ở bệnh nhân COPD
- 40% bệnh nhân COPD thở NIV do suy hô hấp tăng thán khí có rối loạn chức năng thất trái
- **Điều trị với β 1-blockers cải thiện sống còn ở BN suy tim và được khuyến dùng cho BN suy tim bị COPD đi kèm.**

❖ Bệnh tim do thiếu máu cục bộ (Ischaemic Heart Disease)

- Cần phải đánh giá IHS cho tất cả bệnh nhân COPD.
- Biến cố của IHD gia tăng trong đợt cấp AECOPD và 90 ngày sau AECOPD: tử vong, đột quy, NMCT, đau ngực không ổn định.
- BN COPD có troponin cao có nguy cơ tử vong ngắn (30 ngày) – dài hạn.
- **Điều trị IHD theo khuyến cáo tim mạch.**



PHẦN III. QUẢN LÝ BỆNH ĐỒNG MẮC/COPD THEO GOLD



1. BỆNH TIM MẠCH.

❖ Rối loạn nhịp tim

- Thường gặp là rung nhĩ ở BN COPD có FEV1 thấp.
- Rung nhĩ cũng thường gặp ở BN COPD có khó thở nặng lên và có thể là yếu tố khởi phát hoặc thứ phát sau cơn kịch phát AE-COPD.
- *Đồng mắc rung nhĩ không làm thay đổi điều trị COPD.*
- *LABA và LAMA sử dụng an toàn cho bệnh nhân COPD có RL nhịp.*
- *SABA và theophylline có thể khởi phát rung nhĩ và làm khó kiểm soát đáp ứng nhịp thất.*

❖ Bệnh mạch máu ngoại vi (Peripheral Vascular Disease)

- 8,8% BN COPD bị PVD vs 1,8% ở người không bị COPD.
- *BN COPD đồng mắc PAD thường có chức năng hô hấp & tình trạng sức khỏe xấu hơn.*



1. BỆNH TIM MẠCH.

❖ Tăng huyết áp - THA

- Thường gặp ở BN COPD và ảnh hưởng đến dự hậu.
- Cần phải tối ưu hóa chỉ số huyết áp ở BN đồng mắc COPD.
- BN COPD đồng mắc THA vẫn điều trị theo khuyến cáo hiện hành cho THA.
- LABA không ảnh hưởng đến việc lựa chọn thuốc ức chế beta chọn lọc trong điều trị THA.
- BN COPD bị đồng mắc THA vẫn không thay đổi điều trị nền cho COPD.



PHẦN III. QUẢN LÝ BỆNH ĐỒNG MẮC/COPD THEO GOLD



2. UNG THƯ PHỔI.

Common Risk Factors for Development of Lung Cancer

Table 6.1

- Age > 55
- Smoking history > 30 pack years
- Presence of emphysema by CT scan
- Presence of airflow limitation $FEV_1/FVC < 0.7$
- BMI < 25 kg/m²
- Family history of lung cancer



LDCT (Low-Dose CT Scan)

- Cần tầm soát K phổi với CT liều thấp hàng năm cho BN COPD có nguy cơ cao.

PHẦN III. QUẢN LÝ BỆNH ĐỒNG MẮC/COPD THEO GOLD



3. CÁC BỆNH ĐỒNG MẮC THƯỜNG GẶP KHÁC.

- ❖ Giãn phế quản.
- ❖ OSA: ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ.
- ❖ Bệnh nha chu và răng miệng.
- ❖ Hội chứng chuyển hóa (>30%) và tiểu đường.
- ❖ Trào ngược Dạ dày – Thực quản (GERD).
- ❖ Loãng xương.
- ❖ Đa hồng cầu.
- ❖ Rối loạn cảm xúc lo lắng và trầm cảm.
- ❖ Giảm khả năng về nhận thức.
- ❖ Suy nhược.
- ❖ Thiếu hụt Vitamin D.



PHẦN VI. QUẢN LÝ COPD ĐỒNG MẮC OSA

1. OSA thường gặp ở bệnh nhân COPD – Overlap Syndrome.

❖ Tần suất cao OSA ở bệnh nhân COPD

- 39% ở BN COPD trung bình – nặng (US Veteran Population).

López-Acevedo MN, et al. Sleep Breath. 2009

- 65% ở BN bị COPD nặng (Pulmonary Rehabilitation Population).

Soler X, et al. Ann. Am. Thorac. Soc. 2015

- 2.9% - 66% trong dân số bị COPD.

Shawon MS, et al. Sleep Med Rev. 2017

- **OSA-COPD chồng lấp điều trị bằng CPAP → giảm tỷ lệ tử vong so với nhóm không điều trị CPAP.**

Jaoude P, et al. Lung 2014

Stanchina ML, et al. Clin. Sleep Med. 2013

PHẦN VI. QUẢN LÝ COPD ĐỒNG MẮC OSA

1. OSA thường gặp ở bệnh nhân COPD – Overlap Syndrome.



Study of characteristics of obstructive sleep apnea in patients with COPD

S. Duong-Quy^{1,2,3}, T. Huynh-Anh³, F. Soye³

¹: Collège de Médecine de Lam Dong, Dalat - Vietnam

²: Service de Physiologie - EFR, Hôpital Cochin. Université Paris Descartes - France

³: Association Franco-Vietnamienne de Pneumologie

SUMMARY

Background. Obstructive sleep apnea syndrome (OSA) is often associated with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), making sleep disturbances, hypoxemia at night, and daytime hypercapnia are more severe.

Aims of study. This study was planned to evaluate the prevalence of OSA, diagnosed by apnea-hypopnea index (AHI) ≥ 5 /hour, in COPD patients in compare to non COPD subjects and its clinical characteristics.

Subjects and methods. 60 smoking males had been included and divided into 2 groups: control group (without COPD; N=30), COPD group (N=30). All subjects underwent clinical examinations, spirometry, and polysomnography. Daytime weakness and drowsiness were evaluated by Pichot (0-32) and Epworth (0-24) scales.

Results. The prevalence of OSA in COPD was higher than non COPD subject (23% vs 10%). The micro arousals and AHI in COPD were higher than non COPD subjects (22 $\pm$ 11 and 8 $\pm$ 9 vs 8 $\pm$ 5 and 5 $\pm$ 6; P<0,001, P<0,05). Nadir SpO₂ in COPD patients was significantly lower than control subjects (86 $\pm$ 9% vs 91 $\pm$ 8%). The percentage of COPD patients having snoring at sleep, SpO₂ < 90% and < 85% were higher than non COPD group. There were significant correlations between AHI with snoring at sleeps, nocturia, and Epworth scores (R=0,614, P<0,05; R=0,672, P<0,05 ; R=0,526, P<0,01).

Conclusion. The prevalence of OSA is high in COPD than general population. OSA syndrome must be routinely detected in patients with COPD for appropriate treatment.

PHẦN VI. QUẢN LÝ COPD ĐỒNG MẮC OSA

1. OSA thường gặp ở bệnh nhân COPD – Overlap Syndrome.

Hindawi
Canadian Respiratory Journal
Volume 2018, Article ID 1732946, 11 pages
<https://doi.org/10.1155/2018/1732946>



Research Article

Clinical and Functional Characteristics of Subjects with Asthma, COPD, and Asthma-COPD Overlap: A Multicentre Study in Vietnam

Sy Duong-Quy ^{1,2}, Huong Tran Van,³ Anh Vo Thi Kim,⁴ Quyen Pham Huy,⁵ and Timothy J. Craig²

¹Bio-Medical Research Center, Lam Dong Medical College, Dalat, Vietnam

²Division of Pulmonary, Allergy and Critical Care Medicine, Penn State College of Medicine, Hershey, PA, USA

³Department of Health Science, Thang Long University, Hanoi, Vietnam

⁴Nam Anh General Hospital, Binh Duong Province, Vietnam

⁵Department of Clinical Immuno-Allergology, Hai Phong University, Haiphong, Vietnam

PHẦN VI. QUẢN LÝ COPD ĐỒNG MẮC OSA

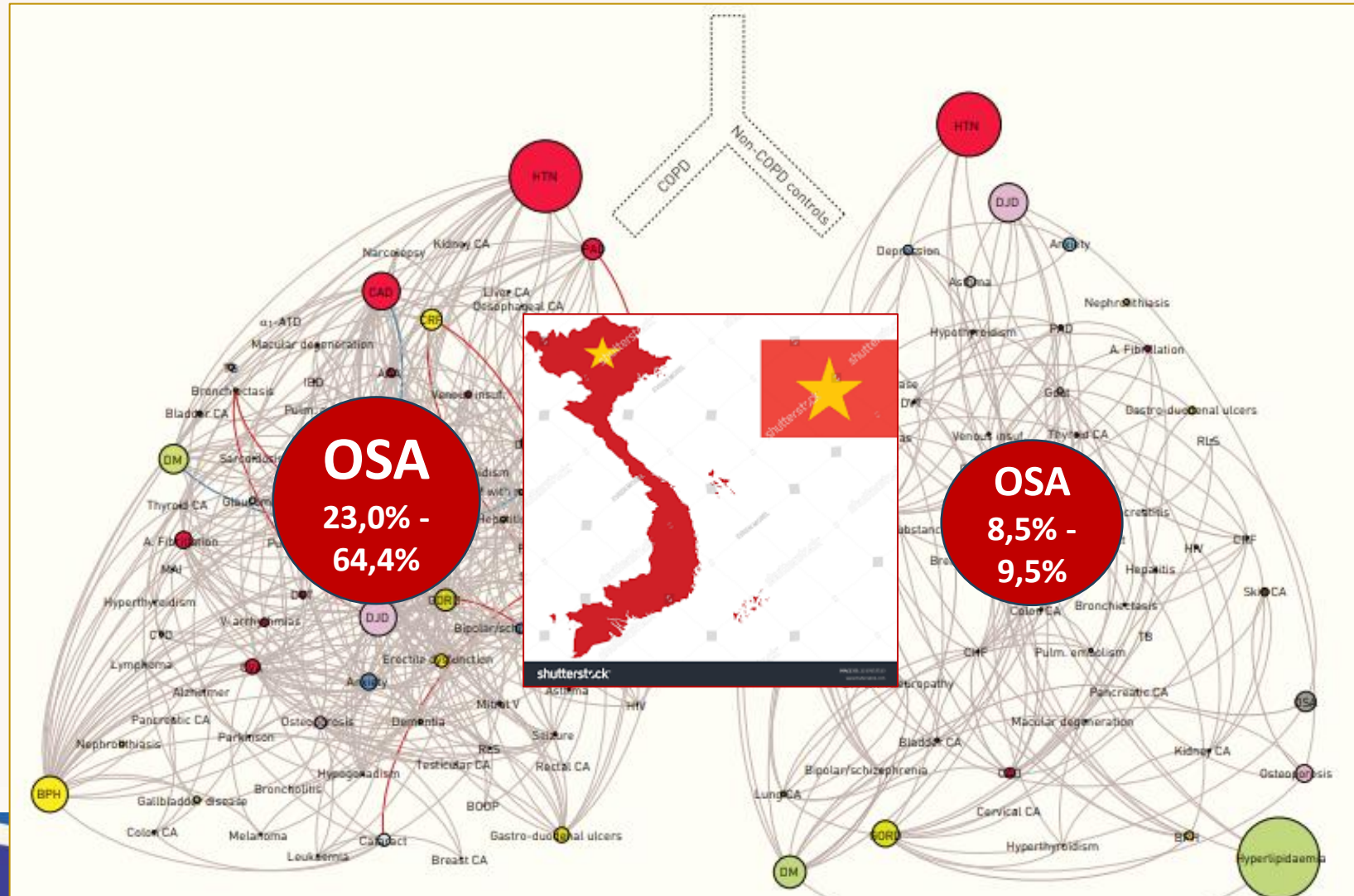
1. OSA thường gặp ở bệnh nhân COPD – Overlap Syndrome.

TABLE 2: Biological and functional characteristics of study subjects.

Parameters	Asthma N = 76	COPD N = 74	ACO N = 59	P
<i>Blood tests</i>				
Hypereosinophilia (%)	78.9	5.4	64.4	<0.001****; <0.05**
Increased CRP (%)	13.1	54.0	23.7	<0.001*; <0.01***; <0.05**
Increased total IgE (%)	81.5	27.0	45.7	<0.001*; <0.01****
SPT (+) (%)	92.1	6.7	54.2	<0.001****
<i>LFT after BD</i>				
FEV ₁	80 ± 22	64 ± 17	54 ± 14	<0.01***; <0.05****
FEV ₁ /FVC	72 ± 8	62 ± 6	64 ± 5	<0.05***; NS****
MEF25-50	72 ± 7	44 ± 12	42 ± 11	<0.01***; NS****
TLC	96 ± 14	118 ± 22	117 ± 16	NS****
RV	126 ± 19	158 ± 23	158 ± 21	<0.05***; NS****
FRC	142 ± 18	168 ± 21	167 ± 22	<0.05***; NS****
Reversibility test (+) (%)	84	12	66	<0.001****; <0.05**
DLCO	90 ± 12	73 ± 11	68 ± 14	<0.001***; NS****
<i>Exhaled NO</i>				
Increased F _E NO (%)	89.4	2.7	64.4	<0.001****; <0.05**
Mean F _E NO (ppb)	46 ± 28	15 ± 8	34 ± 12	<0.01****; <0.05**
Increased C _A NO (%)	6.5	4.1	83.0	NS*; <0.001****
Mean C _A NO (ppb)	4 ± 2	3 ± 2	6 ± 3	NS*; <0.05****
<i>Exercise testing</i>				
VO ₂ max (%)	64 ± 12	52 ± 12	56 ± 14	<0.05***; NS****
6MWT				
6MWD (metre)	388 ± 126	324 ± 144	317 ± 155	<0.05***; NS****
DOD (%)	4 ± 2	7 ± 3	8 ± 4	<0.05***; NS****
<i>Sleep study</i>				
AHI > 15 (%)	35.5	36.4	64.4	NS*; <0.01****
AHI (times/hour)	16 ± 9	17 ± 8	24 ± 12	NS*; <0.05****
Nadir SpO ₂ (%)	86 ± 9	84 ± 7	78 ± 8	NS*; <0.05****

PHẦN VI. QUẢN LÝ COPD ĐỒNG MẮC OSA

1. OSA thường gặp ở bệnh nhân COPD – Overlap Syndrome.

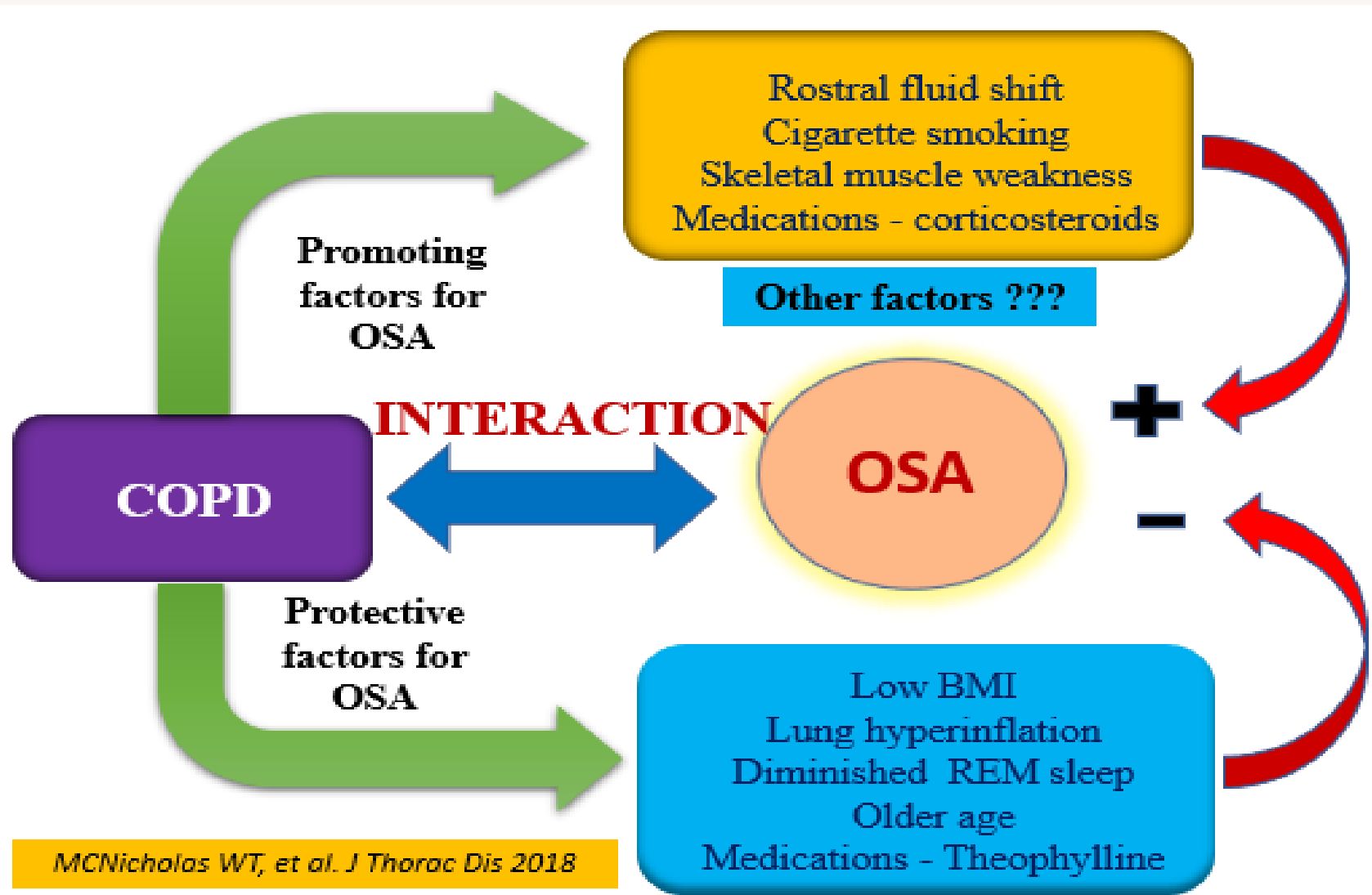


Miguel J. Divo, et al.
European Respiratory
Journal Sep 2015



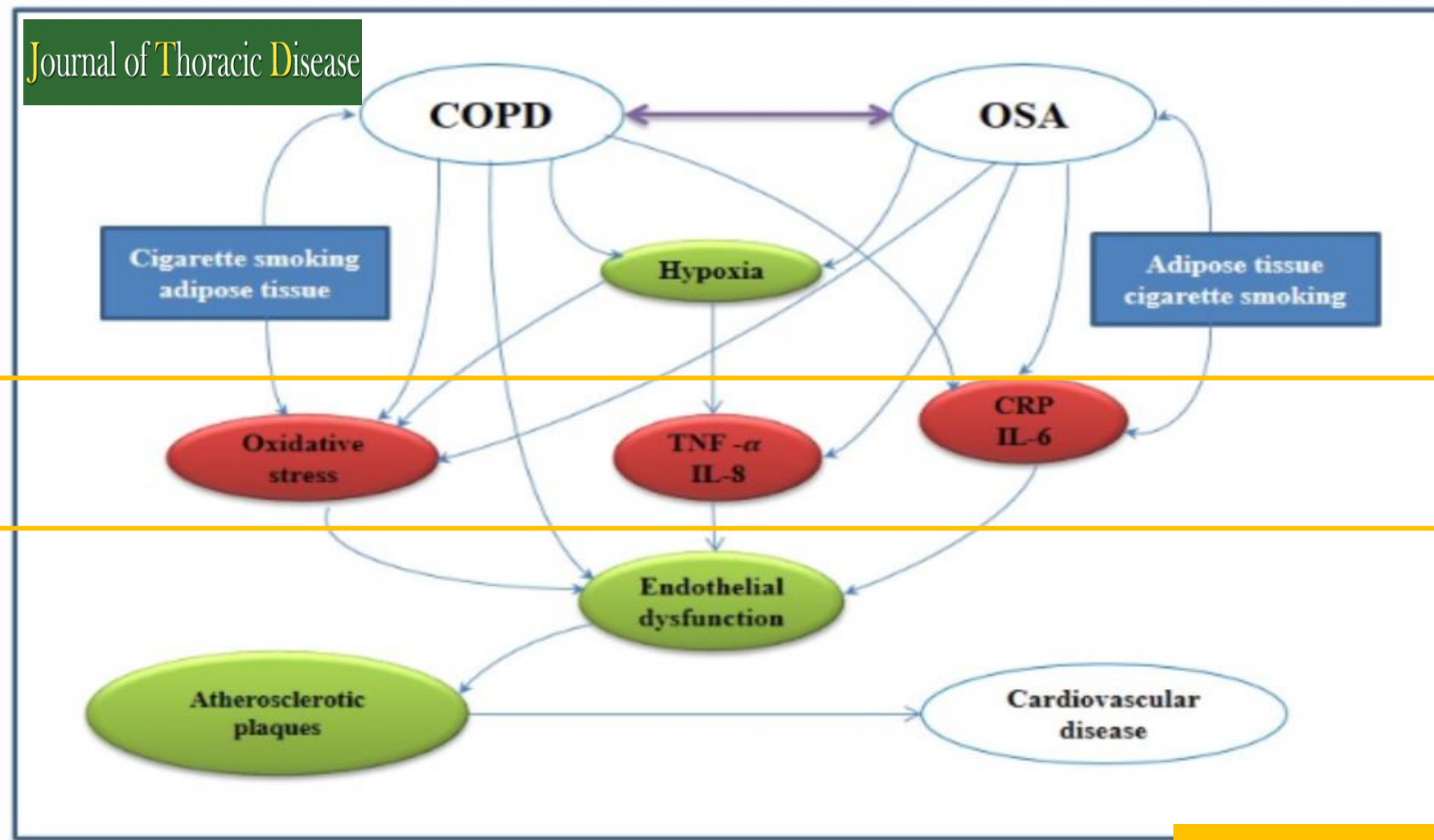
PHẦN VI. QUẢN LÝ COPD ĐỒNG MẮC OSA

2. Bệnh nhân COPD tăng nguy cơ bị OSA.



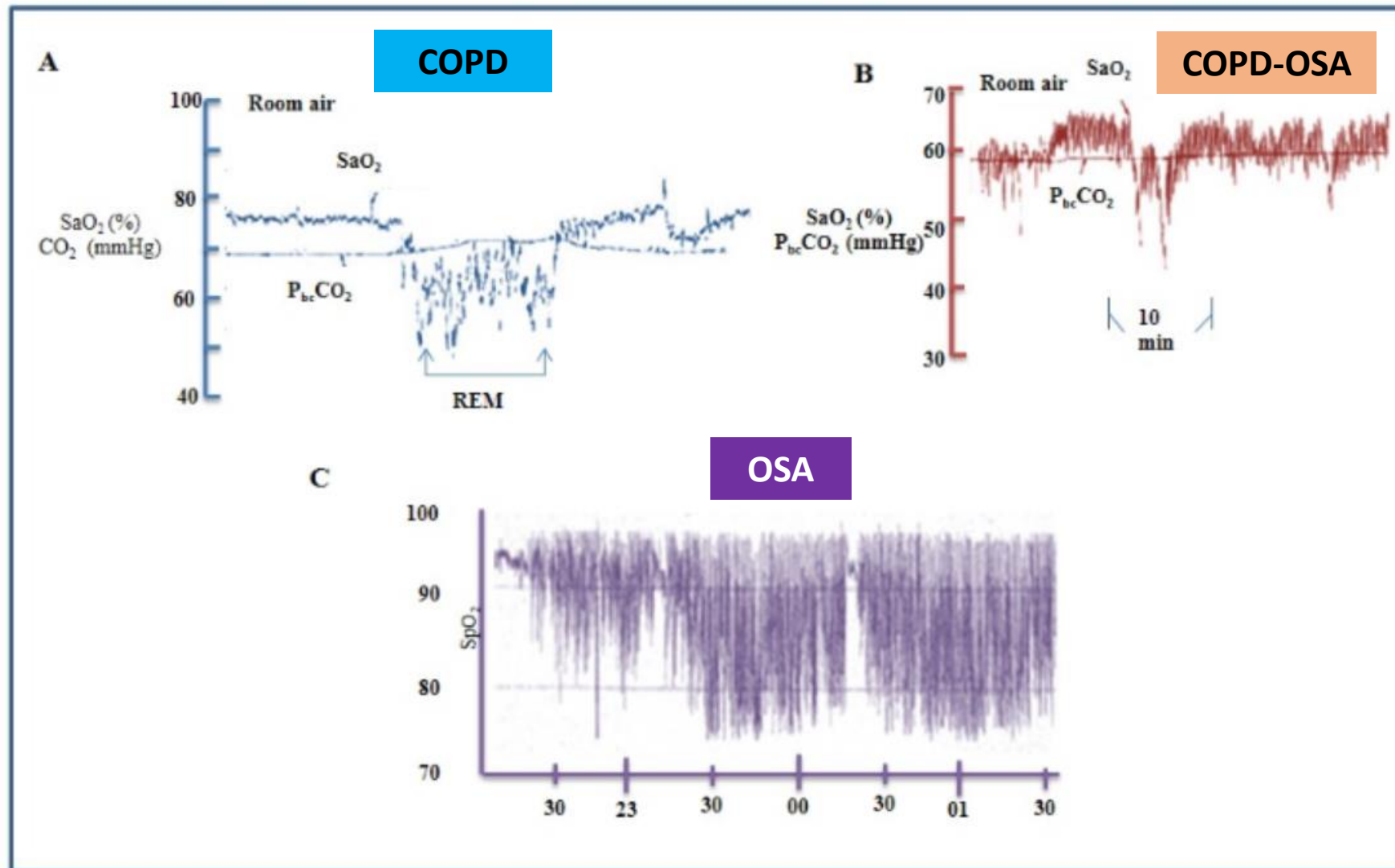
PHẦN VI. QUẢN LÝ COPD ĐỒNG MẮC OSA

3. Bệnh nhân COPD bị đồng mắc OSA làm tăng nguy cơ tim mạch.



PHẦN VI. QUẢN LÝ COPD ĐỒNG MẮC OSA

3. Bệnh nhân COPD bị đồng mắc OSA làm tăng nguy cơ tim mạch.



PHẦN VI. QUẢN LÝ COPD ĐỒNG MẮC OSA

3. Bệnh nhân COPD bị đồng mắc OSA làm tăng nguy cơ tim mạch.

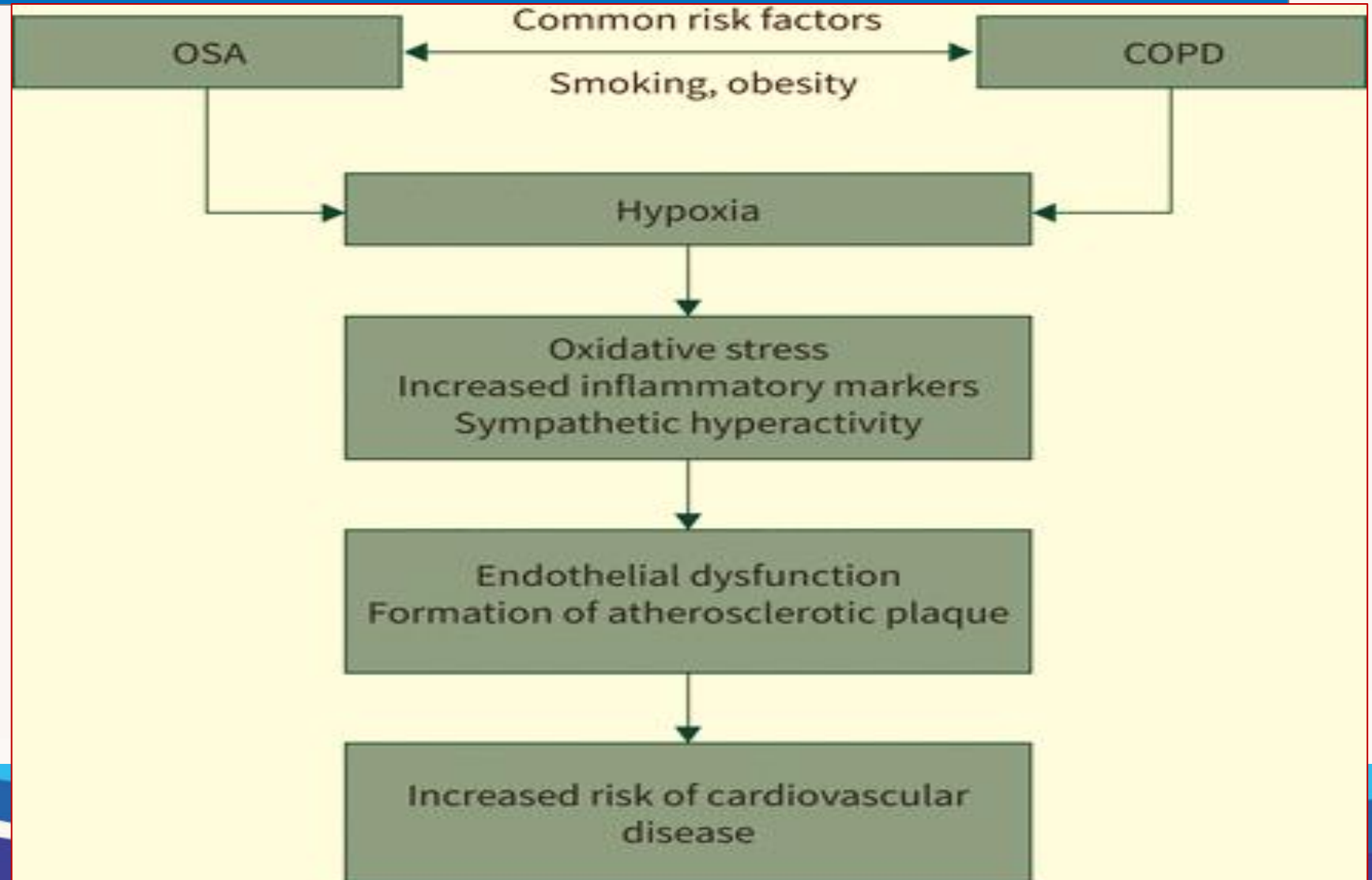


Volume 152, Issue 6, December 2017, Pages 1318-1326

Contemporary Reviews in Sleep Medicine

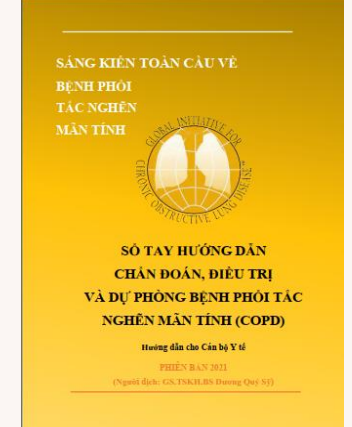
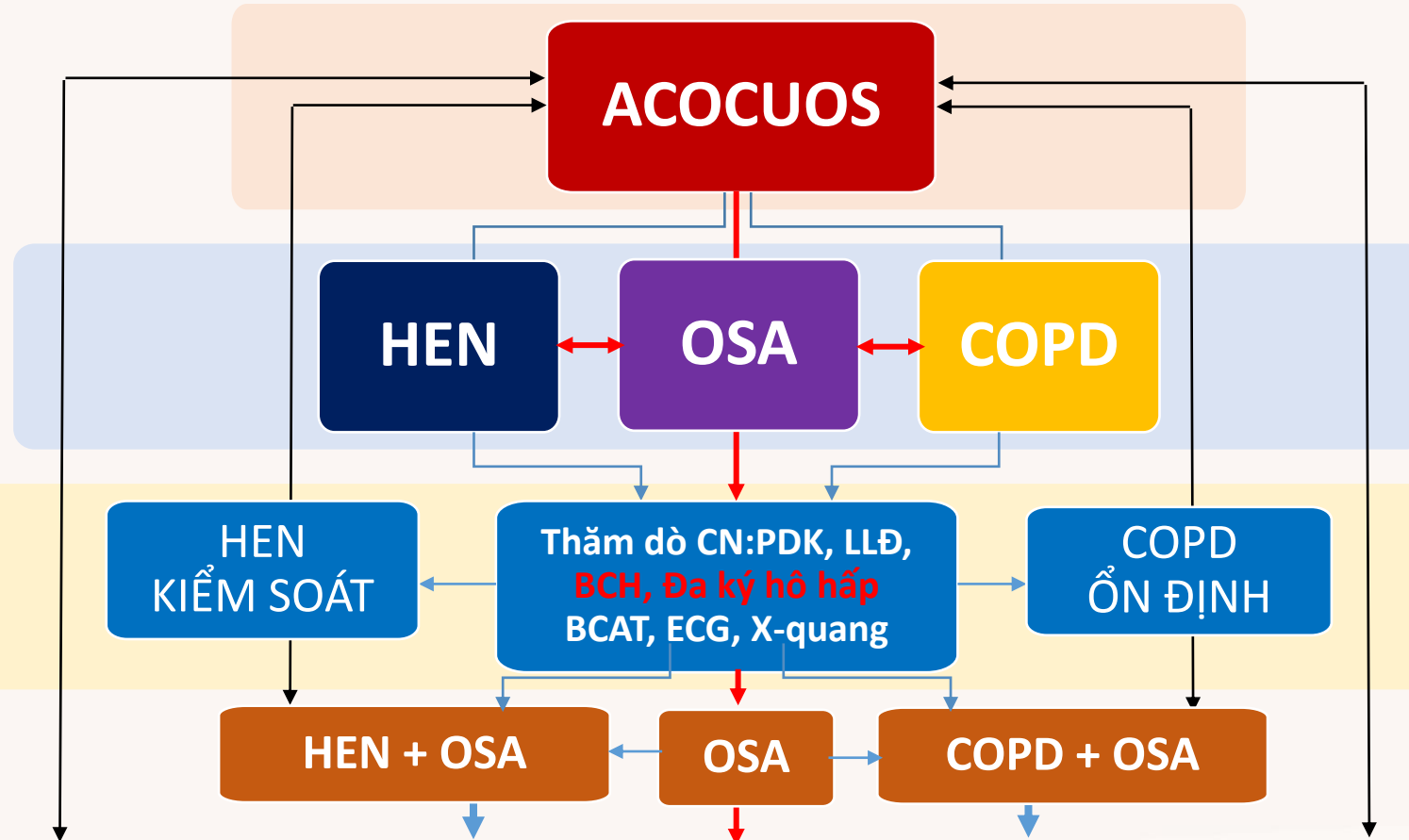
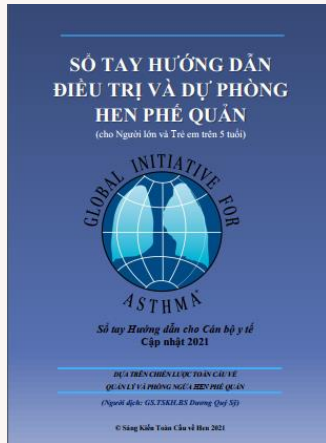
COPD-OSA Overlap Syndrome: Evolving Evidence Regarding Epidemiology, Clinical Consequences, and Management

Walter T. McNicholas MD, FCCP



PHẦN VI. QUẢN LÝ COPD ĐỒNG MẮC OSA

4. BN COPD cần được tầm soát OSA tại tuyến cơ sở & quản lý điều trị.



KHÔNG KIỂM SOÁT – KHÔNG ỔN ĐỊNH: ĐƠN VỊ Y TẾ CHUYÊN SÂU VỀ HÔ HẤP
Phế thân ký, DLCO, PSG, FENO, CPET, BCAT /Đàm, Thăm dò khác

V. KẾT LUẬN

1

Bệnh đồng mắc không được chẩn đoán & điều trị làm tăng nguy cơ đợt kịch phát, COPD nặng hơn, giảm chất lượng sống và tăng nguy cơ tử vong cho BN COPD.

2

Kiểm soát tốt bệnh đồng mắc cùng với một chương trình phục hồi chức năng hô hấp & vận động thích hợp theo hướng cá thể hóa giúp cải thiện dự hậu của BN COPD.

3

Các bệnh đồng mắc thường gặp là bệnh tim mạch, ung thư phổi, ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ và hội chứng chuyển hóa; BN COPD thường có nhiều bệnh đồng mắc đi kèm.

V. KẾT LUẬN

4

Các bệnh đồng mắc ở BN COPD được điều trị theo khuyến cáo chung và không ảnh hưởng đến việc điều trị COPD; ngược lại việc điều trị COPD không làm ảnh hưởng bệnh.

5

OSA là bệnh đồng mắc thường gặp ở BN COPD và có thể chẩn đoán xác định bằng đa ký hô hấp trong khi ngủ hoặc đa ký giấc ngủ.

6

BN COPD có bệnh đồng mắc OSA cần phải được tầm soát ở tuyến y tế cơ sở theo mô hình các ACOCUOS.



TRÂN TRỌNG CẢM ƠN !

