

ĐIỀU TRỊ
ĐỢT KỊCH PHÁT
BPTNMT

SỰ QUAN TRỌNG / HẬU QUẢ CỦA ĐỢT CẤP COPD

- $\pm$ xảy ra # 2,7 lần/năm/ COPD trung bình nặng (Seemungal 98/05)
- Tần xuất và độ nặng của AECOPD $\uparrow$ với tuổi tác BN, độ nặng COPD, Tăng tiết đàm,(Donaldson 03/19)
- Hồi phục sau đó chậm, CNHH tiếp tục $\downarrow$
- $\rightarrow$ nguyên nhân tử vong

CÓ PHẢI ĐỢT KỊCH PHÁT COPD?

TIÊU CHUẨN Anthonisen:

■ HO↑

■ KHẠC ĐÀM↑

■ KHÓ THỞ↑

1 < 2 < 3 TR/C → NẶNG ↑

$\Delta \neq$ COPD KỊCH PHÁT

- THUYỀN TẮC PHỔI
- VIÊM PHỔI
- K PHỔI
- TRÀN KHÍ MP
- TẮC NGHẼN ĐƯỜNG THỞ TRÊN
- HEN TIM
- RỐI LOẠN NHỊP TIM
- DO THUỐC : AN THẦN, NARCOTIC THUỐC $\beta_2(-)$

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ XẢY RA AECOPD

- LỚN TUỔI
- HO CÓ ĐÀM
- COPD LÂU NĂM
- CÓ XỬ DỤNG KS TRƯỚC ĐÓ
- CÓ NẪM VIỆN TRƯỚC KỲ NÀY
- HO KHẠC ĐÀM MÃN
- CÓ TRỊ VỚI THEOPHYLLINE
- CÓ ≥ 1 BỆNH KHÁC PHỐI HỢP

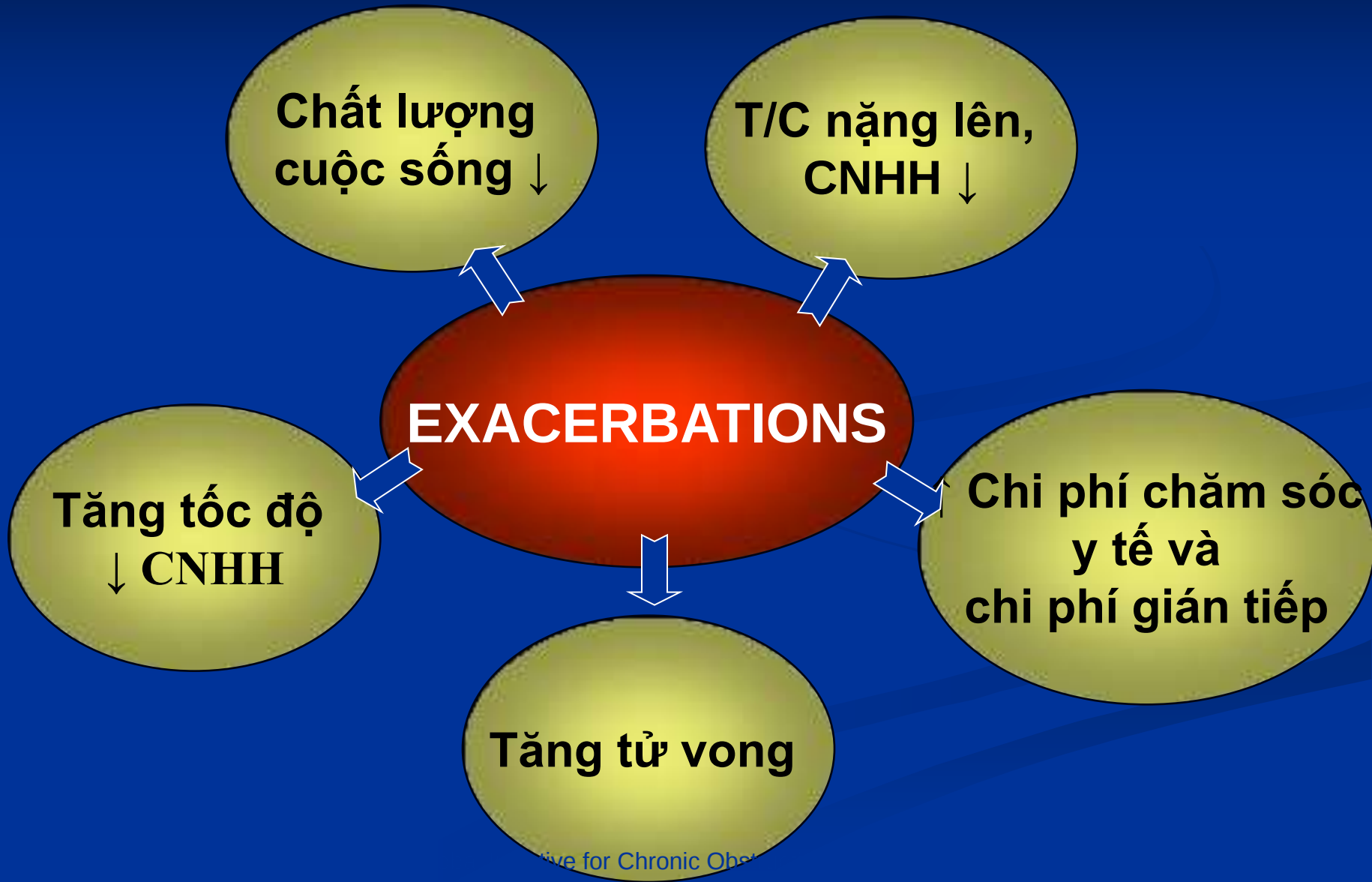
ĐỘ NẶNG ĐỢT KỊCH PHÁT BPTNMT

MỨC ĐỘ	NHẸ	TRUNG BÌNH	NẶNG
ĐÀM↑, MŨ ↑, KHÓ THỞ ↑	1 Trong 3 T/C	2 Trong 3 T/C	3 Trong 3 T/C
Tuổi BN	Bất kỳ	Bất kỳ	≥ 65 tuổi
Chức năng phổi ban đầu	⊥	↓ Nhẹ → TB FEV1 > 50% GTDD	FEV1 ≤ 50% GTDD
Đợt kịch phát		≤ 4 lần / năm	> 4 lần / năm
Bệnh đồng mắc	Không	không	có

NGUY CƠ TỬ VONG CAO KHI

- **↑BODE** (Body mass index <21; Obstructive Dyspnea, Exercise capacity)
- **↑ADO** (Age > 65, Dyspnea, Obstructive)
- **↑DOSE** (Dyspnea, Obstructive, smooking status, exacerbation frequency)

HẬU QUẢ CỦA CÁC ĐỢT CẤP BPTNMT



ĐIỀU TRỊ

Mục tiêu điều trị:

- Cải thiện triệu chứng và chất lượng cuộc sống
- Giảm thiểu sự suy giảm chức năng hô hấp
- Ngăn ngừa và xử trí biến chứng
- Giảm tần xuất các đợt cấp cần nhập viện

ÑIEÀU TRÒ

Muïc tieâu ñieàu trò

1. Ñieàu trò baèng thuoc

2. Oxy lieäu phaùp

3. Thoâng khí nhaân taïo

↓ co thaét pheá quaûn

caùc trieäu chöùng khaù

THUỐC ĐIỀU TRỊ COPD

Thuốc dẫn phế quản

Kháng cholinergic + kích thích β_2 tác dụng ngắn:

- Phương thức điều trị chính đối với đợt cấp, do:
- làm giảm triệu chứng, và
- cải thiện sự tắc nghẽn luồng khí.
- Phối hợp:
- khi một thuốc chưa đủ đáp ứng.
- Loại thuốc:
 - *Combivent® (ipratropium bromide + salbutamol).*
 - *Duivent® (ipratropium bromide + fenoterol).*

Thuốc dẫn phế quản

Kháng cholinergic + kích thích β_2 tác dụng ngắn_{tt}:

- Ưu điểm của sự phối hợp:
- Tác dụng hiệp đồng của các thuốc.
- Tác dụng trên các vùng khác nhau của cây PQ.
- Thâm nhập vào các vùng khác nhau của nhu mô.
- Giảm liều điều trị của từng thuốc.
- Giảm tần số các tác dụng phụ.

Thuốc dẫn phế quản

Kích thích β_2 tác dụng dài:

- ATS/ ERS: kết hợp steroid hít điều trị bổ cho BN chưa dùng những thuốc này.
- Formoterol:
 - Khởi phát nhanh, trước đây dùng cắt cơn hen.
 - Được đề nghị điều trị đợt cấp.
- Chưa rõ:
 - TDP?
 - Có thay thế cho kích thích β_2 tác dụng ngắn?

Thuốc dẫn phế quản

Theophylline:

- Vai trò trong đợt cấp còn bàn cãi.
- Lựa chọn thứ 2 dùng đường TM khi các thuốc tác dụng ngắn chưa đủ đáp ứng hay không hiệu quả.
- → Cải thiện triệu chứng.
- → ↓ tỉ lệ tái nhập viện.
- → Cải thiện kiểm soát và chức năng phổi.
- Kết hợp kích thích β_2 tác dụng ngắn:
 - □ □ khả năng gắng sức.
 - □ ↑ chất lượng cuộc sống.

Thuốc dẫn phế quản

Theophylline_{tt}:

- Liều điều trị: 10-20 $\mu\text{g}/\text{ml}$.
- $\pm$ uống theophylline hoặc TTM aminophylline.
- nếu chưa dùng:
 - 50-500mg aminophylline truyền TM/ 30 p.
 - duy trì 250-500mg/ 24g.
- Điều chỉnh theo nồng độ/ huyết tương.
- Độc khi $> 20\mu\text{g}/\text{ml}$.

XỬ TRÍ BAN ĐẦU Ở PHÒNG CẤP CỨU

- THỞ O₂ (PaO₂# 60-70 mmHg/ SaO₂ # 90%)
- ↑ THÁN: chấp nhận được # 55mmHg
- THUỐC DẪN PHẾ QUẢN

Salbutamol 2,5mg + NaCl 0,9%(3ml) PKD = máy

Hoặc Salbutamol MDI: 4puff → 6puff + Spacer

Hoặc Salbutamol 0,5 mg TDD

TTM liên tục không khuyến khích

Hoặc Combivent (Salbutamol +berodual) : Nebulized

XỬ TRÍ BAN ĐẦU Ở PHÒNG CẤP CỨU

■ THUỐC DẪN PHẪ QUẢN

Salbutamol 2,5mg + NaCl 0,9%(3ml) Nebulized

Hoặc Salbutamol MDI: 4puff → 6puff + Spacer mỗi 1-4h

Hoặc Salbutamol 0,5 mg TDD

TTM liên tục không khuyến khích

Hoặc Combivent (Salbutamol +berodual) : Nebulized
Mỗi 4h

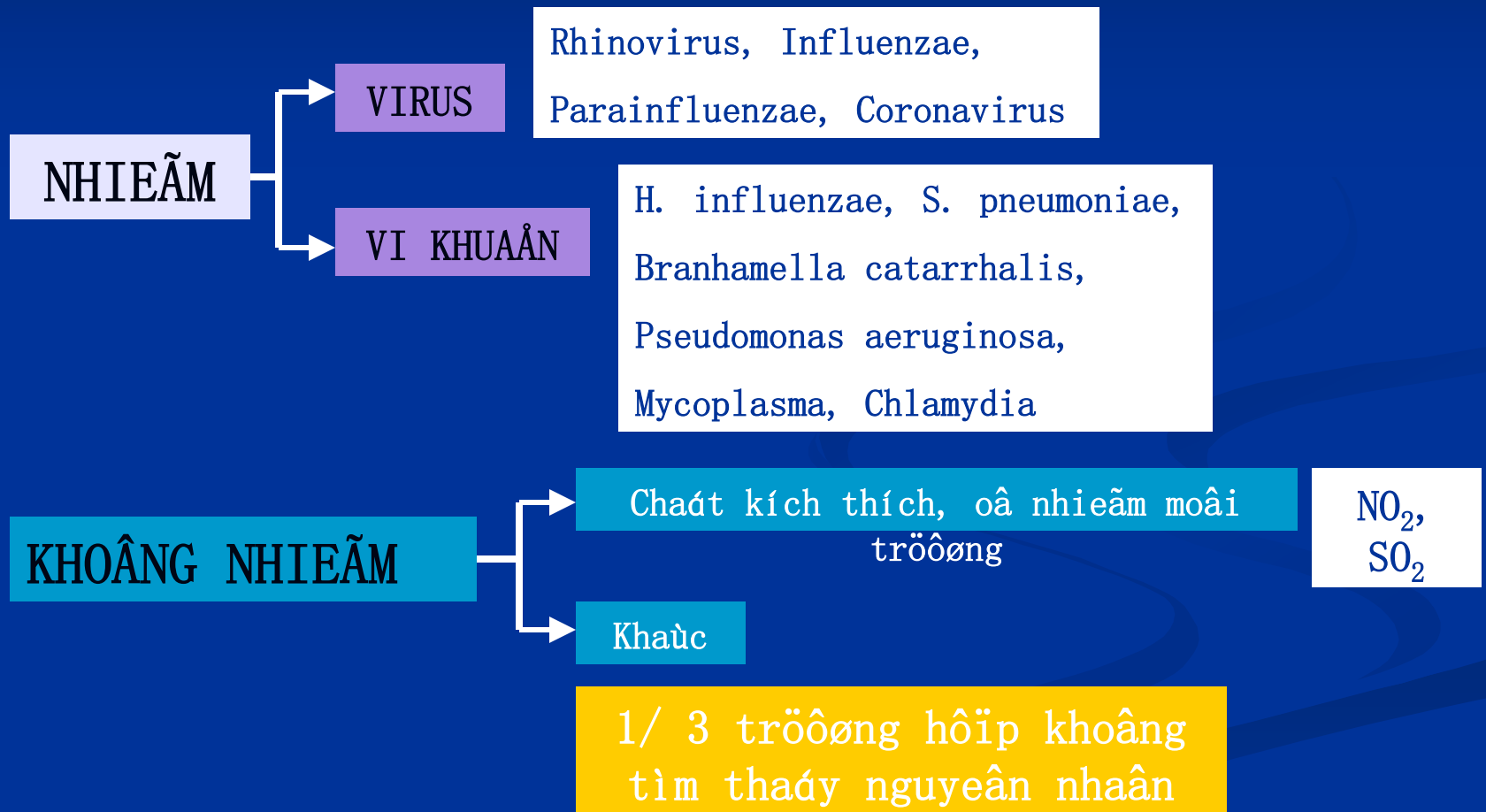
Steroids toàn thân

- Chưa có sự đồng thuận.
- Sử dụng steroids ngăn ngừa:
- Cải thiện triệu chứng, FEV_1 , PaO_2 / BN vừa-nặng.
- ↓ thất bại điều trị., ↓ tái phát.
- ↓ thời gian nằm viện.
- Liệu cao kéo dài □ □ đáng kể nguy cơ TDP.
- Không khác biệt dùng TM hay đường uống.

Steroids toàn thân

Thuốc	Trình bày	Liều	Số lần/ ngày
<i>Methylprednisolone succinate</i>	<i>truyền, rồi</i>	<i>125 mg/ 6g</i>	<i>3 ngày, rồi</i>
<i>BN nội trú</i>	<i>viên</i>	<i>60 mg</i>	<i>4 ngày</i>
		<i>40 mg</i>	<i>4 ngày</i>
		<i>20 mg</i>	<i>4 ngày</i>
<i>Prednisone</i>	<i>viên</i>	<i>60 mg</i>	<i>5-10 ngày</i>
<i>BN ngoại trú</i>		<i>40 mg</i>	<i>2 ngày</i>
		<i>30 mg</i>	<i>2 ngày</i>
		<i>20 mg</i>	<i>2 ngày</i>
		<i>10 mg</i>	<i>2 ngày</i>

KHÁNG SINH LIỆU PHÁP



Kháng sinh:

- Chỉ định:
- 3/ 3 T/C kinh điển.
- 2/ 3 T/C , nhưng phải có mủ trong đàm.
- Đợt cấp nặng cần phải thông khí cơ học.
- Chỉ định $\neq$
 - > 4 AECOPD/ năm trước và / hoặc có bệnh tim mạch kèm theo (tiêu chuẩn Ball).
 - $FEV_1 < 35\%$.

Chọn kháng sinh

- Tùy thuộc tác nhân gây bệnh.
- Hoạt tính cao chống 3 loại VK thường gặp.
- Ngấm tốt vào niêm mạc và dịch tiết PQ.
- Ít Độc tính, ít tác dụng phụ.
- Dễ sử dụng, rẻ tiền và hiệu quả.
- Dùng đường uống hoặc TM tùy trường hợp.
- Thời gian sử dụng: 3-7 ngày, □ 14 ngày.

ĐỢT CẤP NHẹ , YTNC (-)

- H. influenzae, S. pneumoniae, M. catarrhalis.
Chlamydia pneumoniae.

- *Uống:*

- -lactam (penicillin, ampicillin/ amoxicillin).
- Tetracyclin.
- Trimethoprim/ sulfamethoxazole.

- *Uống hoặc TM:*

- -lactam/ ức chế -lactamase
- Macrolides (azithromycin, clarithromycin, roxithromycin).
- Cephalosporins^{II, III}.

ĐỢT CẤP TRUNG BÌNH , + YTNC

- VK như nhóm A + VK kháng thuốc (sinh β -lactamase, phế cầu kháng PNC) + nhóm Enterobacter (K. pneumoniae, E. coli, Proteus, Enterobacter).

- *Uống:*

- -lactam/ ức chế -lactamase.

- *Uống hoặc TM:*

- Fluoroquinolones (levofloxacin).

- *TM:*

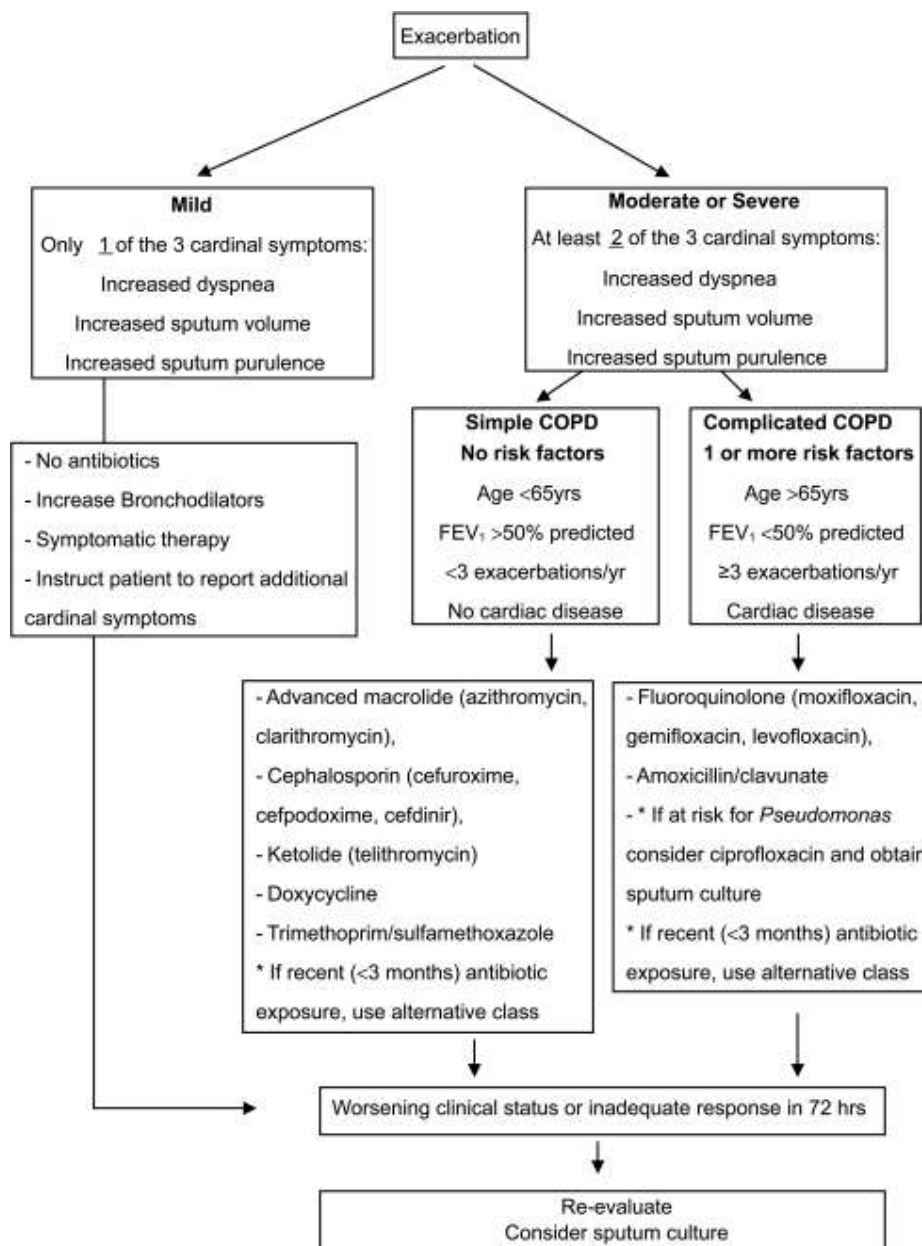
- -lactam/ ức chế -lactamase.

- Cephalosporins^{II, III}.

- Fluoroquinolones.

ĐỢT CẤP NẶNG + YTNC nhiễm P. aeruginosa

- VK như nhóm B + P. aeruginosa.
- *Uống:*
 - Fluoroquinolones (ciprofloxacin, levofloxacin liều cao).
- *TM:*
 - Fluoroquinolones, hoặc
 - -lactam có hoạt tính với P.aeruginosa.



CHỈ ĐỊNH CHO BỆNH NHÂN COPD NHẬP VIỆN

- Khó thở, ho, khạc đàm + ≥ 1 T/C sau:
 - θ ngoại trú thất bại
 - Không đi bộ nổi trong phòng (trước đó còn đi tới đi lui được)
 - Không ăn uống nổi, không ngủ được do khó thở
 - BN không thể theo CD điều trị tại nhà (thiếu người chăm sóc)
 - Có bệnh $\rightarrow$ $\uparrow$ nguy cơ chết; như viêm phổi hay bệnh nội khoa khác.

CHỈ ĐỊNH CHO BỆNH NHÂN COPD NẪM ICU

- Khó thở nặng hơn, điều trị ở phòng cấp cứu không có đáp ứng đầy đủ
- Tri giác lú lẫn, mỗi cơ hô hấp (thở ngực bụng không đồng bộ)
- Hypoxemia (mỗi lúc một nặng hơn mặc dù có thở O₂ ($\text{PaO}_2 < 40\text{mmHg}$), $\text{PaCO}_2 > 60\text{mmHg}$) có tình trạng toan huyết $\text{PH} < 7,25$
- Cần thông khí cơ học

CHỈ ĐỊNH CHO BỆNH NHÂN COPD XUẤT VIỆN

- Thở khí dung $\beta_2\epsilon\oplus$: không > 6 lần / ngày
- Nếu ở phòng cấp cứu triệu chứng lâm sàng của BN tốt hơn, sau xử lý BN có thể đi bộ lui tới trong phòng cấp cứu được
- BN ăn được, ngủ được không bị thức giấc do khó thở
- Bệnh đường hô hấp khác kèm theo được kiểm soát tốt, sửa ược các yếu khởi phát cơn

CHỈ ĐỊNH CHO BỆNH NHÂN COPD XUẤT VIỆN

- Bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng ổn định, không cần điều trị bằng tiêm, truyền trong vòng 12-24 giờ.
- BN có XN khí máu ĐM ổn định trong 12-24h
- BN hiểu biết đầy đủ, đúng về cách sử dụng thuốc
- BN được theo dõi đầy đủ tại phòng khám ngoại chấn, hay tại nhà (có thể có Y tá, O2 liệu pháp tại nhà, chế độ dinh dưỡng).

ĐIỀU TRỊ BPTNMT NGOÀI ĐỢT CẤP

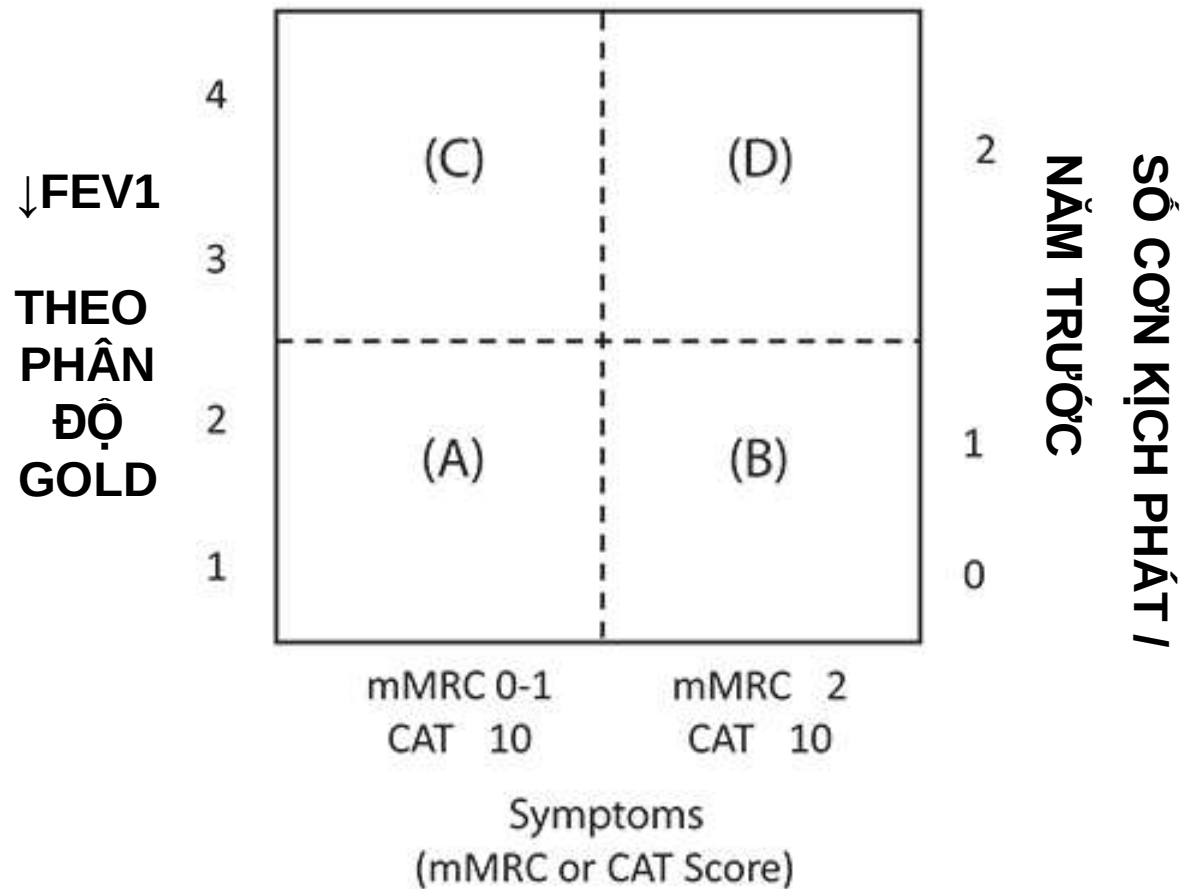
Chiến lược điều trị BPTNMT

Mức độ	1	2	3	4
	Nhẹ	Trung bình	nặng	Rất nặng
FEV1%đđ	< 80%	50-80%	30-50%	< 30%
- Tránh YT nguy cơ. NGỪNG THUỐC LÁ - Chủng ngừa cúm, VP phế cầu				
Thuốc dẫn PQ tác dụng ngắn NẾU CẦN				
Thêm ≥ 1 thuốc dẫn PQ tác dụng dài, Vật lý trị liệu hô hấp				
Thêm corticoides hít				
Oxy tại nhà .Phẫu				

**KHÔNG HÚT THUỐC LÁ
GIẢM PHƠI NHIỄM CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ
CHÍCH NGỪA CÚM VÀ VIÊM PHỔI DO PHẾ
CẦU**



ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ: CHỌN NGUY CƠ LỚN NHẤT THEO ĐỘ GOLD HAY SỐ CƠN KÍCH PHÁT CAO NHẤT



Patient Category	Characteristics	Spirometric Classification	Exacerbations Per Year	mMRC	CAT
A	Low Risk, Less Symptoms	GOLD 1-2	1	0-1	<10
B	Low Risk, More Symptoms	GOLD 1-2	1	2	10
C	High Risk, Less Symptoms	GOLD 3-4	2	0-1	<10
D	High Risk, More Symptoms	GOLD 3-4	2	2	10

Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD

Therapeutic Options: COPD Medications

Beta₂-agonists

Short-acting beta₂-agonists

Long-acting beta₂-agonists

Anticholinergics

Short-acting anticholinergics

Long-acting anticholinergics

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

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

Methylxanthines

Inhaled corticosteroids

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

Systemic corticosteroids

Phosphodiesterase-4 inhibitors

CHỌN PHƯƠNG ÁN ĐIỀU TRỊ

- THUỐC DẪN PQ tác dụng kéo dài , dạng hít tiện lợi hơn , hiệu quả hơn loại tác dụng ngắn
- THUỐC DẪN PQ tác dụng kéo dài làm giảm cơn kịch phát → giảm nhập viện, cải thiện triệu chứng, sức khỏe
- Phối hợp 2 loại thuốc làm tăng tác dụng DPQ, giảm tác dụng phụ hơn so với dùng riêng lẻ từng loại

Manage Stable COPD: Key Points

- B2 $\Sigma(+)$ và anticholinergics kéo dài được chuộng hơn dạng tác dụng ngắn
- . Thuốc dạng hít được chuộng hơn dạng uống
- Trị thuốc corticosteroids dạng hít + với B2 $\Sigma(+)$ dài : chỉ định ở BN có nguy cơ có cơn kịch phát cao

Therapeutic Options: Inhaled Corticosteroids

- Dùng corticosteroids hít đều đặn giúp cải thiện T/C, CN phổi, CLCS và giảm đợt cấp BPTNMT ở BN có $FEV_1 < 60\%$ GTĐĐ.
- Điều trị với corticosteroid hít tăng nguy cơ viêm phổi
- Khi giảm , ngưng trị với corticosteroids hít có thể dẫn đến cơn kịch phát BPTNMT ở 1 vài BN.

Therapeutic Options: Combination Therapy

- corticosteroid hít β_2 agonist tác dụng kéo dài hiệu quả hơn CN phổi, sức khỏe, giảm cơn kịch phát ở BNTNMT mức độ trung bình đến rất nặng.
- Phối hợp điều trị có thể làm tăng nguy cơ VP
- Kết hợp thuốc DPQ tác dụng kéo dài + β_2 agonist với anticholinergic với corticoide hít đường như làm tăng tác dụng điều trị

Manage Stable COPD: Key Points

- Long-term monotherapy with oral or inhaled corticosteroids is not recommended in COPD.
- The phosphodiesterase-4 inhibitor roflumilast may be useful to reduce exacerbations for patients with $FEV_1 < 50\%$ of predicted, chronic bronchitis, and frequent exacerbations.

Therapeutic Options: Theophylline

- There is evidence for a modest bronchodilator effect and some symptomatic benefit compared with placebo in stable COPD. Addition of theophylline to salmeterol produces a greater increase in FEV₁ and breathlessness than salmeterol alone.
- Low dose theophylline reduces exacerbations but does not improve post-bronchodilator lung function.

Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD

Therapeutic Options: COPD Medications

Beta₂-agonists

Short-acting beta₂-agonists

Long-acting beta₂-agonists

Anticholinergics

Short-acting anticholinergics

Long-acting anticholinergics

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

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

Methylxanthines

Inhaled corticosteroids

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

Systemic corticosteroids

Phosphodiesterase-4 inhibitors

Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD

Manage Stable COPD: Pharmacologic Therapy

(Medications in each box are mentioned in alphabetical order, and therefore not necessarily in order of preference.)

Patient	Recommended First choice	Alternative choice		Other Possible Treatments
A	SAMA prn <i>or</i> SABA prn	LAMA <i>or</i> LABA <i>or</i> SABA and SAMA		Theophylline
B	LAMA <i>or</i> LABA	LAMA and LABA		SABA <i>and/or</i> SAMA Theophylline
C	ICS + LABA <i>or</i> LAMA	LAMA and LABA <i>or</i> LAMA and PDE4-inh. <i>or</i> LABA and PDE4-inh.		SABA <i>and/or</i> SAMA Theophylline
D	ICS + LABA <i>and/or</i> LAMA	ICS + LABA and LAMA <i>or</i> ICS+LABA and PDE4-inh. <i>or</i> LAMA and LABA <i>or</i> LAMA and PDE4-inh.		Carbocysteine SABA <i>and/or</i> SAMA Theophylline

Thuốc dẫn phế quản

	Thuốc	Trình bày	Liều	Số lần/ ngày
Kích thích beta	<i>Albuterol</i>	<i>hít</i>	<i>100–200 µg</i>	<i>4</i>
		<i>KD</i>	<i>0.5–2.0 mg</i>	<i>4</i>
		<i>viên</i>	<i>4 mg</i>	<i>2</i>
	<i>Fenoterol</i>	<i>hít</i>	<i>12–24 µg</i>	<i>2</i>
	<i>Metaproterenol</i>	<i>KD</i>	<i>0.1 –0.2 mg</i>	<i>4</i>
		<i>viên</i>	<i>10–20 mg</i>	<i>3–4</i>
	<i>Terbutaline</i>	<i>hít</i>	<i>400 µg</i>	<i>4</i>
		<i>TDD</i>	<i>0.2–0.25 mg</i>	<i>15–30 phút tối đa 2 liều</i>
		<i>viên</i>	<i>2.5–5 mg</i>	<i>4</i>
Khàng cholinergic	<i>Ipratropium bromide</i>	<i>hít</i>	<i>18–36 µg</i>	<i>4</i>
		<i>KD</i>	<i>0.5 mg</i>	<i>4</i>
Methylxanthines	<i>Aminophylline</i>	<i>TM</i>	<i>0.9mg/kg/giờ</i>	<i>truyền</i>
	<i>Theophylline</i>	<i>viên phòng thích chườm</i>	<i>150–450 mg</i>	<i>2</i>

Oxy liệu pháp trong Đợt cấp COPD

	Suy hô hấp Thiếu oxy+ CO ₂ bình thường	Suy hô hấp Thiếu oxy + Tăng CO ₂
Triệu chứng lâm sàng	-Thở nhanh -Nhịp tim nhanh -Co kéo cơ hô hấp phổi -± Tím tái	-Thở nhanh+Nhịp tim nhanh -Co kéo cơ hô hấp phổi --± Tím tái -Mặt vạc hai tay sưng nổi -Tri giác: lơ mơ -Tay rung nhẹ
Khí máu năng mạch	-pH: bình thường -PaO₂ giảm : < 60 mmHg -PaCO₂: bình thường -HCO₃: bình thường -SaO₂ : < 92%	-pH giảm : < 7,35 -PaO₂ giảm: < 60 mmHg -PaCO₂ tăng : > 45 mmHg -HCO₃: bình thường hay cao -SaO₂: < 92%

OXY LIỆU PHÁP CÓ KIỂM SOÁT

- 1/ Thở Oxy khởi đầu (Sonde mũi) - $\text{FiO}_2 = 24\%$
- 2/ Sau 30 phút: thử Khí máu động mạch. Tùy theo kết quả điều chỉnh liều oxy sao cho đạt được
 $\text{PaO}_2 > 60 \text{ mmHg}$, $\text{SaO}_2 > 90 \%$ nhưng không làm giảm $\text{pH} < 7,35$ để tránh toan hô hấp
- 3/ .Tránh không để tình trạng ứ CO_2 xảy ra (cảnh giác khi BN có mặt và tay ửng đỏ lên, tri giác xấu đi , tay run)

OXY LIỆU PHÁP CÓ KIỂM SOÁT

4/ Nếu pH giảm $< 7,35$, PaCO₂ tăng > 45 mmHg → Toanhô hấp xảy ra nhưng không thể điều chỉnh bằng oxy liệu pháp

+ BN còn tỉnh táo

+ Huyết động học ổn định → xét cho BN thở máy không xâm lấn (BiPAP)

5/ Nếu thất bại → đặt nội khí quản và thở máy xâm lấn.

DINH DƯỠNG: rất quan trọng

- Khó thở (mất sức nhiều) + ăn kém → thiếu năng lượng → mau mệt → phải ăn thật tốt như sau:
- 1/ Ăn nhiều bữa nhỏ thay vì ăn 3 bữa lớn (Ăn no quá → dạ dày căng lên → ép cơ hoành không di động xuống được bình thường trong thì hít vào → Phổi không nhận đủ khí
- 2/ Thường Thay đổi món ăn để tạo cảm giác ngon miệng

DINH DƯỠNG: rất quan trọng

- 3/ Chọn thức ăn có nhiều chất xơ như rau, trái cây, đậu
- 4/ Giới hạn muối, chất caffein (trà, cà phê, ...) rượu
- 5/ Ăn chậm, thông thả, nhai kỹ thức ăn
- 6/ Không uống nước trước khi ăn
- 7/ Tránh các loại nước có gaz

DẠNG PHỐI HỢP

1. Đồng vận beta 2 + steroids:

- SYMBICORT(turbuhaler) = Budesonide + Formoterol
- Seretide (MDI, Accuhaler) = Fluticasone + Salmeterol

2/ Đồng vận beta 2 +Kháng cholinergics:

- Combivent (MDI, khí dung) = Salbutamol + Ipratropium
- Berodual (MDI, solution) = Fenoterol + Ipratropium

TẬP LUYỆN THỂ LỰC

Tập luyện rất cần thiết : nếu các cơ hô hấp hoạt động tốt → không quá tốn sức lực khi hoạt động

- **-Các bài tập phải đơn giản**
- **-Các bài tập chuyên biệt sẽ giúp các cơ hô hấp và các chi mạnh hơn → giúp bạn hô hấp tốt hơn → bớt khó thở khi hoạt động**
- **-Đi bộ mỗi ngày : biện pháp tốt nhất để cải thiện sức khỏe (không cần đi xa, không cần đi lâu, ít nhất 3 lần/tuần)**
 - Không bao giờ vội vã, làm mọi việc từ tốn**

LỜI KHUYÊN BỆNH NHÂN

■ -NGỪNG HÚT THUỐC LÁ:

Việc làm đầu tiên và quan trọng nhất vì nó sẽ giảm những tổn thương trên phổi + chậm sự suy thoái chức năng phổi + tăng chất lượng cuộc sống

- GIẢM TRIỆU CHỨNG KHÓ THỞ:

-Tránh những yếu tố nguy cơ cho phổi như tình trạng ô nhiễm môi trường, không khí ẩm ướt

-Không làm việc liên tục : Nghỉ ngơi ngắn giữa các công việc

LỜI KHUYÊN BỆNH NHÂN

- -TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ:
- -ĂN UỐNG ĐÚNG tránh để sụt cân
- -KHÔNG THỤ ĐỘNG:
 - - tập các bài tập thở +tăng sức cơ đều đặn
 - - không tự nhốt mình trong nhà
 - - tham gia thường xuyên các CÂU LẠC BỘ BPTNMT để gặp gỡ và chia sẻ kinh nghiệm với các bệnh nhân khác

KEÁT LUAÄN

- BPTNMT:
 - . Taüc ñoäng tieâu cöïc trên sөөc khoe.
 - . ↑ gaùnh naëng chi phí y teá ñoái vөөi kinh teá-xaõ hoäi.
- Muïc tieâu ñieàu trò:
 - . Caûi thieän trieäu chөөng.
 - . Ñaít ñөөic chөөc naêng phoải toái öu.
 - . Ñaûm baûo oxy ñaày ñuû.
 - . Traùnh ñaët noäi khí quaûn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1/ Living well with COPD – The American College of chest physicians
- 2/ Trevor T Hansel et al –An Atlas of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2004
- 3/ Robert L Wilkins et al Egan's Fundamentals of respiratory care 2003 828-858
- 4/ GOLD 2003 guidelines
- 5/ R Murphy et al Emergency oxygen therapy for the COPD patient 2001 –Emerg Med Journal 18:333-339
- 6/ GOLD 2011,
- 7/ Up to date 2011

