

## Đạt được việc chẩn đoán COPD sớm hơn

Bảng hướng dẫn để bàn này đánh giá bằng chứng về lợi ích của việc phát hiện và chẩn đoán COPD sớm hơn và cung cấp các công cụ cho các nhân viên y tế (HCPs) có thể sử dụng để đạt được điều này trong quản lý bệnh nhân của họ.

### TẠI SAO VIỆC CHẨN ĐOÁN SỚM QUAN TRỌNG?

COPD là một tình trạng sức khỏe toàn cầu phổ biến với bệnh suất và tử suất đáng kể.<sup>1</sup> Việc chẩn đoán sớm COPD là một vấn đề lâu dài trên toàn thế giới và vẫn tiếp tục là một nguyên nhân chính cho việc điều trị không đầy đủ bệnh này mặc dù có sẵn các biện pháp điều trị thuốc và không dùng thuốc hiệu quả.<sup>2</sup> Tỷ lệ hiện mắc toàn cầu của COPD được ước tính là 10,3%.<sup>2</sup> Tỷ lệ chẩn đoán sớm ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình có thể đặc biệt cao, ước tính tỷ lệ chẩn đoán sớm vượt quá 90%.<sup>3</sup>

COPD có triệu chứng nhưng chưa được chẩn đoán dễ bị đợt kịch phát, viêm phổi, ảnh hưởng tiêu cực đáng kể đến chất lượng cuộc sống (CLCS) và thậm chí là tử vong sớm.<sup>1,4-6</sup> Chẩn đoán COPD thường chỉ xảy ra sau khi chức năng phổi đã bị mất đáng kể. Đến lúc bệnh nhân đi khám do có triệu chứng nhiều hơn, FEV<sub>1</sub> của họ thường đã giảm đến mức ~50% so với dự đoán, một mức độ mà tình trạng sức khỏe giảm đáng kể. Ngoài ra, các hậu quả khác của COPD như khó thở, trầm

cảm và lo âu, thường làm bệnh nhân kém hoạt động hơn, giảm khả năng đối phó với bệnh.<sup>1</sup> Có nhiều lý do phức tạp gây ra chậm trễ trong việc chẩn đoán COPD bao gồm các yếu tố cá nhân, NNVYT và hệ thống y tế làm chậm trễ việc báo cáo, nhận diện hoặc nhận biết các triệu chứng gợi ý COPD, hoặc sự có sẵn của hô hấp kế, một xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán COPD (xem Hướng dẫn nhanh về hô hấp kế của IPCRG tại: <https://www.ipcrg.org/DTH14>).<sup>2</sup> Một số bác sĩ và cộng đồng coi đây là một căn bệnh tự gây ra nếu người đó đã hút thuốc lá và điều này đã dẫn đến sự kỳ thị, tự trách bản thân và trì hoãn việc đi khám chữa bệnh. Thực tế, việc hút thuốc lá là một tình trạng phụ thuộc mạn tính thường bắt đầu từ thời thơ ấu và thường không được chẩn đoán và điều trị đúng mức. Ngoài ra, các bằng chứng khoa học mới đã chỉ ra rằng có nhiều yếu tố di truyền và môi trường liên quan đến việc giảm chức năng phổi, mà nó thay đổi, tích tụ và tương tác qua thời gian, ngay cả trước khi sinh ra.<sup>2,7</sup>

### CAN THIỆP SỚM CÓ ÍCH KHÔNG?

Can thiệp sớm cho COPD có triệu chứng có thể dẫn đến chất lượng cuộc sống (CLCS) tốt hơn.<sup>1</sup> Nhiều nghiên cứu cho thấy rằng chẩn đoán sớm kèm theo can thiệp sớm sẽ trì hoãn sự suy giảm chức năng phổi, giảm bớt gánh nặng triệu chứng và cải thiện CLCS.<sup>2</sup> Để giảm nguy cơ đợt cấp do nhiễm trùng đường hô hấp, cần đảm bảo rằng bệnh nhân được tiêm phòng vaccine (ví dụ: cúm, COVID-19, phế cầu và Tdap [ho gà]).<sup>2</sup> Mặc dù chưa được đưa vào trong các hướng dẫn, có bằng chứng cho thấy rằng chích ngừa vaccine virus hợp bào hô hấp (RSV) cho bệnh nhân có nguy cơ cao như bệnh nhân COPD có thể sẽ có ích. Việc điều trị cai thuốc lá và hỗ trợ người dân bỏ hút thuốc có hiệu quả làm chậm lại tốc độ suy giảm chức năng phổi,<sup>8</sup> và cai thuốc lá càng sớm thì hiệu quả càng lớn.<sup>9</sup> Các yếu tố có thể thúc đẩy nỗ lực cai thuốc lá thành công bao gồm cung cấp một chẩn đoán chắc chắn<sup>10</sup> và khảo sát kỹ lưỡng về bệnh và tuổi của phổi của người đó.<sup>11</sup> Đối với công cụ cai thuốc lá, xem bảng hướng

Hình 1: Rào cản đối với việc chẩn đoán sớm bệnh COPD và các chiến lược để vượt qua.

#### Rào cản



Hành vi và niềm tin của bệnh nhân

- Không nhận ra COPD do sự tiến triển chậm chạp, không ngừng của bệnh.
- Xu hướng cho rằng tình trạng khó thở là do tuổi tác và giảm hoạt động hơn, cho rằng họ là bình thường (tức là, 'họ của người hút thuốc').
- Xu hướng không than phiền về tình trạng (tức là, 'sự im lặng của những người mắc COPD').
- Thiếu nhân mạnh vào các triệu chứng, điều này có thể khiến các NNVYT ít đề ý đến COPD ở giai đoạn đầu và ít quyết đoán trong điều trị.
- Sự miễn cưỡng của người hút thuốc trong việc báo cáo tình trạng khó thở vì sợ bị kỳ thị về hút thuốc.



Hành vi và niềm tin của bác sĩ

- Không xem xét tình trạng nhiễm trùng phế quản lặp đi lặp lại là một dấu hiệu sớm của COPD.
- Không xem xét COPD ở những người không hút thuốc.
- Chỉ tập trung vào các bệnh kèm theo (bệnh nhân mắc COPD thường có nhiều bệnh kèm theo có thể ẩn tượng hơn và dễ chẩn đoán hơn).
- Không xem xét COPD ở phụ nữ do thành kiến giới tính (cho rằng phụ nữ mắc hen suyễn).
- Không điều tra COPD sớm hơn vì việc ngừng hút thuốc là biện pháp can thiệp chính cho tất cả người hút thuốc, không phụ thuộc vào tình trạng COPD.
- Dịch vụ và hỗ trợ cho việc cai thuốc lá thường không được cung cấp/có sẵn



Vấn đề liên quan hô hấp kế

- Ít sử dụng hô hấp kế và thiếu đào tạo về hô hấp kế trong chăm sóc ban đầu.
- Sự tranh cãi về việc sử dụng hô hấp kế trong chăm sóc ban đầu dễ phát hiện sớm làm nản lòng một số nhân viên y tế.
- Thiếu hỗ trợ hay báo hiểm chi trả cho việc sử dụng hô hấp kế trong chăm sóc ban đầu
- Thiếu các máy đo hô hấp kế
- Nhận kết quả hô hấp kế trễ khi thực hiện ngoài phòng khám.



Khó khăn về hậu cần

- Áp lực thời gian trong môi trường chăm sóc ban đầu ảnh hưởng không tốt đến khả năng quản lý bệnh nhân một cách tích cực và chủ động của NNVYT.
- Các dịch bệnh hô hấp (ví dụ, COVID-19) tạo ra các rào cản đáng kể đối với việc đánh giá bệnh nhân và gây ra trì hoãn hoặc ngừng dịch vụ chẩn đoán.

#### Chiến lược hành động

- Giáo dục cho bệnh nhân
- Giáo dục và khuyến khích sự tham gia của gia đình/người chăm sóc
- Tầm soát tích cực các trường hợp có triệu chứng gợi ý về COPD

- Giáo dục thêm cho nhân viên y tế
- Tăng cường tinh thần cảnh giác đối với các triệu chứng gợi ý về COPD (đặc biệt là ở những bệnh nhân lớn tuổi có nguy cơ cao)

- Nhân viên y tế có quan tâm đặc biệt.
- Dùng hô hấp kế cầm tay để loại trừ COPD.
- Đào tạo về hô hấp kế
- Chiến lược tài trợ cấp địa phương.

- Phát triển các hướng dẫn cụ thể tại địa phương về cách tiến hành tại các phòng khám đồng đức trong các đợt dịch bệnh hô hấp.

◀ dẫn đề bàn của IPCRG về cai thuốc lá (Có sẵn tại: <https://www.ipcrg.org/desktophelpers/desktop-helper-no-4-helping-patients-quit-tobacco-3rd-edition>) và <https://www.ipcrg.org/themes/tobacco-dependence>). Ở những nơi mà ô nhiễm không khí trong nhà và ngoài trời cũng là các yếu tố nguy cơ chính của COPD, cần cảnh giác với các triệu chứng gợi ý về COPD bất kể tiền sử hút thuốc lá như thế nào hoặc giới tính (biểu hiện của bệnh có thể khác nhau ở nữ giới so với nam giới; xem bảng hướng dẫn đề bàn của IPCRG về cải thiện chăm sóc cho phụ nữ mắc COPD tại <https://www.ipcrg.org/DTH8>).

Can thiệp sớm bằng thuốc cũng rất quan trọng trong quản lý COPD (xem Vòng xoay COPD của IPCRG tại <https://www.ipcrg.org/copdwheel> để biết hướng dẫn về việc cá thể hóa chăm sóc cho bệnh nhân COPD). Điều trị bằng các loại thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài được khuyến nghị cho bệnh nhân có triệu chứng khó thở.<sup>2</sup> Nếu những loại thuốc này không có sẵn, kháng thụ thể muscarinic tác dụng ngắn (SAMA) hoặc chủ vận beta tác dụng ngắn (SABA) có thể là lựa chọn để bắt đầu.<sup>2,12</sup> Ở những người có chức năng phổi còn bảo tồn tương đối lúc nghỉ ngơi, thì giới hạn lưu lượng khí khi gắng sức lại liên quan đến rối loạn chức năng đường thở nhỏ lan tỏa,<sup>13</sup> thì nhóm bệnh nhân này cũng có thể có lợi từ can thiệp điều trị như vậy.<sup>14</sup> Trong những năm gần đây, các khuyến nghị đã chuyển sang việc sử dụng giãn phế quản kép như liệu pháp ban đầu cho những người có triệu chứng.<sup>1,15</sup> Tuy nhiên, mức độ phù hợp của cách tiếp cận này đối với bệnh nhân có bệnh nhẹ và trong giai đoạn sớm cần phải được xem xét kỹ lưỡng hơn. Đối với những bệnh nhân có đợt kịch phát thường xuyên, xem xét mức bạch cầu ái toan (BCAT) trong máu – tiền sử 1 đợt kịch phát mỗi năm và (BCAT) trong máu  $\geq 100$  đến  $< 300$   $\mu\text{L}$  ủng hộ việc thêm ICS vào giãn phế quản kéo dài; tiền sử nhập viện do đợt kịch phát COPD hoặc  $\geq 2$  đợt kịch phát mỗi năm và (BCAT) trong máu  $\geq 300$  tế bào/ $\mu\text{L}$  mạnh mẽ ủng hộ việc thêm ICS vào giãn phế quản kéo dài.<sup>16</sup> Trong cả hai lựa chọn này, ICS chỉ được coi là một phần bổ sung cho liệu pháp giãn phế quản kéo dài. Nếu bệnh nhân COPD có kèm theo hen suyễn đồng thời, họ nên được điều trị như bệnh nhân hen suyễn. Chẩn đoán sớm tạo cơ hội đáng kể để giảm thiểu tác động cộng dồn của các đợt kịch phát, bao gồm (nhưng không giới hạn) mất chức năng phổi, đợt kịch phát tái phát, giảm chất lượng cuộc sống, biến chứng tim mạch và tác dụng phụ của việc sử dụng steroid toàn thân.

Quản lý COPD là đa diện và đòi hỏi sự cộng tác chặt chẽ và giao tiếp giữa bệnh nhân COPD, gia đình/người chăm sóc và NVYT. Bên cạnh việc chẩn đoán sớm, việc cải thiện kết quả điều trị đòi hỏi người mắc COPD và gia đình/người chăm sóc của họ hiểu về tình trạng bệnh của họ và có khả năng tham gia vào quyết định chung về mục tiêu điều trị. Thảo luận về năm câu hỏi cơ bản về COPD sẽ giúp quá trình này: Bệnh được gọi tên là gì? Tại sao tôi lại mắc phải nó? Sẽ có gì xảy ra tiếp theo? Chúng ta có thể làm gì về nó? Lựa chọn của tôi ảnh hưởng đến tương lai của tôi như thế nào? (xem Vòng xoay COPD của IPCRG tại

**Bảng 1:** Các ví dụ về công cụ để xác định những người có triệu chứng gợi ý về COPD trong bối cảnh chăm sóc ban đầu mà nên được xem xét cho đo hô hấp kí

Công cụ	Ghi chú	Địa chỉ website
Canada Lung Health Test <sup>26</sup>	Đơn giản và có thể thực hiện nhanh chóng; chưa được xác nhận độ tin cậy. 5 câu hỏi	<a href="https://www.lungsask.ca/media/16">https://www.lungsask.ca/media/16</a>
COPD Population Screener (COPD-PS) <sup>27</sup>	Công cụ được công nhận và xác nhận trên phạm vi quốc tế. Đơn giản và có thể thực hiện nhanh chóng, gồm 5 câu hỏi + tuổi.	<a href="https://www.copdfoundation.org/Screener.aspx">https://www.copdfoundation.org/Screener.aspx</a>
COPD Assessment in Primary Care To Identify Undiagnosed Respiratory Disease Risk (CAPTURE) <sup>28</sup>	Đã được kiểm định và bao gồm đo PEF. Có khả năng phân biệt tốt trong các bối cảnh các nước có thu nhập thấp và trung bình. <sup>28</sup> Độ nhạy thấp trong việc phát hiện COPD có biểu hiện lâm sàng đáng kể trong chăm sóc ban đầu ở Mỹ. <sup>29</sup>	<a href="https://www.researchgate.net/figure/Th-e-CaPTUre-COPD-assessment-in-primary-care-to-identify-undiagnosed-respiratory-disease_fig1_325741206">https://www.researchgate.net/figure/Th-e-CaPTUre-COPD-assessment-in-primary-care-to-identify-undiagnosed-respiratory-disease_fig1_325741206</a>
COPD in LMICs (COLA) <sup>30</sup>	Đã xác nhận và có khả năng phân biệt tốt trong các bối cảnh các nước có thu nhập thấp và trung bình; <sup>28</sup> có thể sử dụng cùng với PEF. <sup>31</sup>	<a href="https://www.dovepress.com/a-novel-case-finding-instrument-for-chronic-obstructive-pulmonary-dise-peer-reviewed-fulltext-article-COPD">https://www.dovepress.com/a-novel-case-finding-instrument-for-chronic-obstructive-pulmonary-dise-peer-reviewed-fulltext-article-COPD</a>

PEF, peak expiratory flow; lưu lượng đỉnh

<https://www.ipcrg.org/copdwheel>). Khuyến khích tự quản lý bằng cách cung cấp cho bệnh nhân và gia đình/người chăm sóc của họ đủ kiến thức và cơ hội thảo luận về các biện pháp thực tế họ có thể thực hiện để quản lý tình trạng của họ, bao gồm việc quản lý khó thở và giảm lối sống thụ động.<sup>16</sup> Xem bảng hướng dẫn đề bàn của IPCRG về tích hợp cách tiếp cận hỗ trợ và giảm nhẹ từ khi chẩn đoán đến cuối đời cho những người mắc COPD (Có sẵn tại: <https://www.ipcrg.org/DTH3>) và Tạp chí COPD của IPCRG (Có sẵn tại: <https://www.ipcrg.org/resources/search-resources/copd-magazine-breathe-well-move-more-live-better-pdf-edition> và <https://www.ipcrg.org/DTH10>) để biết thêm hướng dẫn.

## CÁC RÀO CẢN TRONG VIỆC CHẨN ĐOÁN SỚM LÀ GÌ?

Bằng chứng để ủng hộ lợi ích của việc chẩn đoán và can thiệp sớm cho những người mắc COPD đã được xác định rõ ràng.<sup>17</sup> Tuy nhiên, có nhiều rào cản trong việc đạt được việc chẩn đoán sớm này (Hình 1). Bằng cách nhận ra những rào cản này, chúng ta có thể bắt đầu bước đầu tiên để vượt qua chúng.

## LÀM THẾ NÀO ĐỂ ĐẠT ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN SỚM?

Có một số chiến lược có thể được sử dụng để khuyến khích việc chẩn đoán sớm. Nghiên cứu mới nhất cho thấy rằng cần phải tập trung vào việc khai thác tiền sử lâm sàng của các bệnh nhân nghi ngờ mắc COPD để điều tra thêm các đặc điểm trước đây và hô hấp kí nên được sử dụng rộng rãi hơn. Việc tăng cường hiểu biết và nhận thức giữa các NVYT và người dân cộng đồng về một căn bệnh ngày càng nghiêm trọng là nền tảng của việc tạo ra một sự thay đổi toàn bộ thái độ.

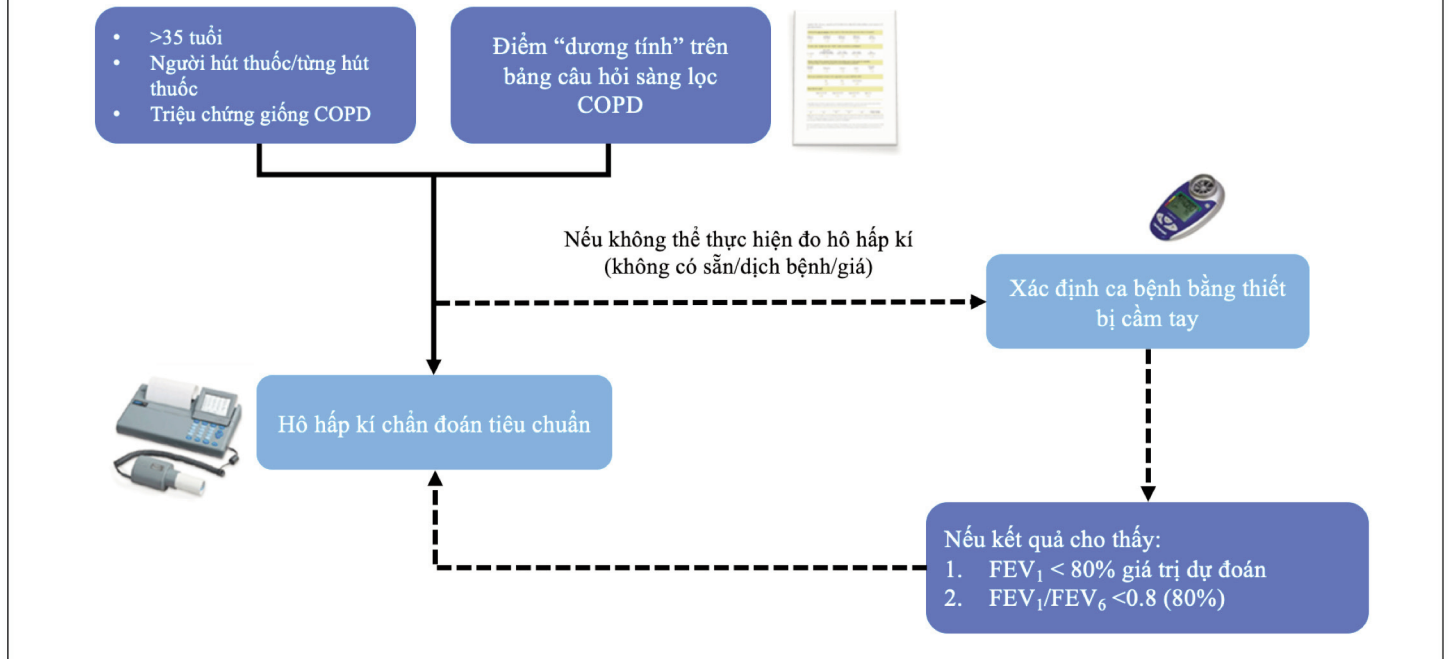
Hô hấp kí là bắt buộc trong việc chẩn đoán COPD (Xem Hướng dẫn nhanh về spirometry của IPCRG tại: <https://www.ipcrg.org/DTH14>).<sup>2</sup> Tuy nhiên, việc xác định ai nên

được đo hô hấp kí là một thách thức. Bệnh nhân có thể không khai báo các triệu chứng của COPD, có thể không nhận ra chúng là vấn đề và/hoặc có thể cảm thấy xấu hổ khi nói đến do những câu chuyện không hay về nghiện thuốc lá.<sup>18,19</sup> Hãy cảnh giác với COPD ở những người có các triệu chứng hô hấp gợi ý, đặc biệt là những người có tiền sử hút thuốc lá trong quá khứ hoặc hiện tại cũng như những người tiếp xúc với không khí ô nhiễm trong nhà (nấu nướng/ sưởi ấm bằng nhiên liệu rắn) và ngoài trời kể cả phơi nhiễm nghề nghiệp.

Nhiều công cụ lâm sàng đã được hình thành, tập trung vào các câu hỏi chìa khóa cho những người có triệu chứng gợi ý về COPD. Các nghiên cứu gần đây cho thấy những công cụ này được sử dụng phù hợp nhất khi kết hợp với các xét nghiệm khách quan về tắc nghẽn dòng khí (Lưu lượng đỉnh kế hoặc hô hấp kí).<sup>20-22</sup> Khi kết quả âm tính, việc chẩn đoán COPD ít có khả năng xảy ra. Phổi hợp hời tiền sử bệnh kỹ lưỡng để tìm ra bằng chứng về các đợt kịch phát COPD trước đó (mà đôi khi có thể dễ dàng bị bỏ qua)<sup>23</sup> có thể giúp xác định xem có cần thực hiện hô hấp kí chẩn đoán không. Trong cộng đồng, việc phân phát các bảng câu hỏi tầm soát thông qua phương tiện truyền thông (cả truyền thống và mạng xã hội) có thể khuyến khích mọi người tự kiểm tra các triệu chứng của họ. Nếu cần, mọi người có thể đến gặp bác sĩ chăm sóc ban đầu của họ để được đánh giá thêm.

Hội đồng IPCRG khuyến nghị rằng tất cả những người  $\geq 35$  tuổi có tiền sử hút thuốc lá nên được đánh giá về nguy cơ bị COPD của họ (Hình 2). Việc sử dụng máy hô hấp kí cầm tay khi không có hô hấp kí chẩn đoán có sẵn đã được chứng minh là hữu ích để loại trừ COPD ở những người có nghi ngờ cao mắc COPD theo tiêu chí phát hiện ca bệnh (case-finding),<sup>24</sup> nhưng không có giá trị chẩn đoán khi chỉ dùng phương pháp này. Một máy hô hấp kí cầm tay là một thiết bị di động, cầm tay, giá rẻ (dưới 100 euro) sử dụng tỉ lệ FEV<sub>1</sub>/FEV<sub>6</sub> nhằm xác định những người có chức năng phổi giảm để điều tra thêm về

**Hình 2:** Lưu đồ để xác định và chẩn đoán người mắc COPD có triệu chứng.



COPD; một giá trị <0.8 đòi hỏi chuyển qua đo hô hấp kí chẩn đoán.<sup>25</sup> Đo hô hấp kí cầm tay có thể thực hiện nhanh và không cần test dẫn phế quản. Hãy cẩn thận với khả năng bỏ sót COPD khi khảo sát ở những người trẻ. Bằng chứng về tác nhân ở những người này có thể do phơi nhiễm đáng kể ở tuổi thơ (ví dụ: nhiên liệu sinh học) hoặc có thể là dấu hiệu của thiếu  $\alpha$ 1-antitrypsin (AATD). Nếu nghi đến COPD thì có thể chẩn đoán sớm cho những người này và có thể đem lại những lợi ích tiềm năng đáng kể khi can thiệp sớm, xác định các thành viên trong gia đình có nguy cơ, tư vấn di truyền và xem xét dùng thuốc sớm hơn. Cần lưu ý những người có triệu chứng gợi ý về COPD và có nguy cơ liên quan đến phơi nhiễm phát triển COPD nhưng không có bằng chứng về tác nhân dòng khí để theo dõi tiếp tục trong tương lai.

## TÓM TẮT

Chẩn đoán sớm cho những người mắc COPD cho phép bắt đầu các can thiệp và quản lý hiệu quả sớm để giảm thiểu cách tiếp cận tìm ca bệnh cho những người có nguy cơ tiếp xúc (khói thuốc lá, ô nhiễm không khí trong nhà và ngoài trời) và triệu chứng của COPD và để chỉ định sớm đo hô hấp kí chẩn đoán (xem Hướng dẫn nhanh về hô hấp kí của bảng hướng dẫn đề bàn của IPCRG; có sẵn tại <https://www.ipcr.org/DTH14>) nếu có sẵn. Việc chẩn đoán sớm sẽ cho phép bắt đầu sớm các can thiệp để giúp ngăn ngừa các đợt cấp, bảo tồn chức năng phổi, cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm tỷ lệ tử vong.

## Tài liệu tham khảo

- Miravittles M, et al. Thorax 2009;64:863–8.
- Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2023. Available from <http://www.goldcopd.org>.
- Lamprecht B, et al. Chest 2015;148:971–85.
- Colak Y, et al. Lancet Respir Med 2017;5:426–34.
- Koch M, et al. BMC Public Health 2019;19:1727.
- Alhabeeb FF, et al. Respir Med 2022;200:106917.
- Vila M, et al. Med Clin (Barc) 2022;159:33–9.
- Scanlon PD, et al. Am J Respir Crit Care Med 2000;161(2Pt1):381–90.
- Bednarek M, et al. Thorax 2006;61:869.
- Parkes G, et al. Br Med J 2008;336:598–600.
- van Schayck OCP, et al. npj Prim Care Respir Med 2017;27:38.
- Johansson G, et al. Prim Care Respir J 2008;17:169–75.
- Ofir D, et al. Am J Respir Crit Care Med 2008;177:622–9.
- Lacasse Y, et al. Cochrane Database Syst Rev 2006;CD003793.
- Soler-Cataluna JJ, et al. Thorax 2005;60:925–31.
- Tashkin DP, et al. N Engl J Med 2008;359:1543–54.
- Kaplan A. Can Fam Physician 2009;55:58–9.
- Habraken JM, et al. Br J Gen Pract 2008;58:844–9.
- Chapman KR, et al. Chest 2001;119:1691–5.
- Martins S, et al. Eur Respir J 2021;58:PA3639.
- Pan Z, et al. BMJ Open 2021;11:e051811.
- Siddharthan T, et al. JAMA 2022;327:151–60.
- Lee TA, et al. Chest 2006;129:1509–15.
- Yarnall KS, et al. Prev Chron Dis 2009;6:A59.
- Pinto L, Banka R. Eur Respir J 2017;50:PA397.
- O'Donnell D, et al. Can Respir J 2008;15(Suppl A):1A–8A.
- Gu Y, et al. Ann Med 2021;53:1198–206.
- Martinez FJ, et al. Am J Respir Crit Care Med 2017;195:748–56.
- Martinez FJ, et al. JAMA 2022;329:490–501.
- Siddharthan T, et al. JAMA 2022;327:151–60.
- Siddharthan T, et al. Int J Chron Obstruct Pulm Dis 2020;15:2769–77.

Tác giả: Alan Kaplan, Miguel Roman Rodriguez, Siân Williams

Người đánh giá: Ioanna Tsiligianni, Sundeep Salvi

Phản biên: Patima Tanapat (Integrity Continuing Education, Inc) và Tracey Lonergan (IPCRG)

Hỗ trợ hành chính bổ sung được cung cấp bởi: Stefani Chiarolanza và Samuel Ciociola (Integrity Continuing Education, Inc) và Russell Emery (IPCRG)

Chuyên ngữ: Trung tâm Đào tạo Bác sĩ gia đình, Đại học Y Dược Tp.HCM.

Công cụ này có tính chất tư vấn; nó được dùng cho mục đích chung và không nên được coi là áp dụng cho một trường hợp cụ thể.



Giấy phép Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike

IPCRG là một tổ chức từ thiện đăng ký [SC No 035056] và một công ty TNHH bởi bảo đảm (Số Công ty 256268). Địa chỉ liên lạc: 19 Armour Mews, Larbert, FK5 4FF, Scotland, Vương quốc Anh

Các Tài liệu IPCRG Desktop là cách tốt nhất để thông tin thân thiện với người dùng được phát triển bởi IPCRG, làm việc cùng với các bác sĩ lâm sàng, bệnh nhân và các nhà giáo dục sức khỏe:

- Cung cấp hướng dẫn thực hành và hỗ trợ cho các bác sĩ làm việc ở lĩnh vực chăm sóc ban đầu về các khía cạnh khác nhau của việc chẩn đoán và quản lý bệnh đường hô hấp.
- Tất cả đều dựa trên bằng chứng và cung cấp liên kết đến các nguồn tài liệu tham khảo thêm.



www.ipcrg.org/desktophelpers

**DESKTOP HELPER**  
No. 12 March 2022

**COPD and Mental Health: Holistic and Practical Guidance for Primary Care**

This desktop helper aims to raise awareness of the challenge of identifying and managing mental health problems in people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and to direct primary care professionals (PCPs) to assessment tools as well as non-pharmacological and pharmacological interventions.

**INTRODUCTION**  
Mental health problems, including anxiety and depression, are common among people with COPD and substantially impact their quality of life (QoL). In contrast, when tobacco smoking is prevalent, tobacco dependence is an additional factor that can contribute to their health problems. The complex inter-relationships between these and symptoms such as breathlessness, which often worsen their health, require a holistic assessment and treatment plan with COPD.

**Key Concepts:** Inefficient breathing, Increased work of breathing, Thoughts about dying, Anxiety, Stress, Fatigue of prep.

**IPCRG**  
DESAIS  
**GUIA PRÁTICO** No.9 Maio 2018  
Cuidados personalizados: Auto com asma

Esta Guia Prática tem como objetivo apoiar os profissionais de Atenção Primária a Saúde a promover cuidados personalizados aos portadores de asma. Oferece orientações práticas sobre a quem perguntar, o que considerar e que ações devem ser realizadas nos consultórios. Contudo, se no diagnóstico, no planejamento e na realização do tratamento como nos atepos chaves no gráfico de fluxo. Foi desenvolvido em colaboração com portadores, investigadores e clínicos.

**O que são cuidados personalizados?**  
Os cuidados personalizados visam a dar ao doente a oportunidade de participar no processo de decisão sobre o seu plano de tratamento. Isto significa que o doente tem voz na decisão sobre o seu plano de tratamento. Isto significa que o doente tem voz na decisão sobre o seu plano de tratamento. Isto significa que o doente tem voz na decisão sobre o seu plano de tratamento.

**Como perguntar a consulta da pessoa com asma durante?**  
A forma como se realiza a consulta e o diagnóstico é muito importante e tem um grande impacto no tempo que o doente se sente responsável por seguir o tratamento. Isto significa que o doente tem voz na decisão sobre o seu plano de tratamento. Isto significa que o doente tem voz na decisão sobre o seu plano de tratamento.

**PERGUNTE**  
• Por que você está aqui?  
• Tem ideia de que pode ser?  
• Já ouviu falar sobre asma? O que sabe sobre esta doença?  
• Como se sente ao ser diagnosticado com asma?

**ACONSELHE**  
• Faça um teste respiratório, um teste de função pulmonar ou um teste de exatidão de diagnóstico.  
• Considere o uso de inaladores de ação rápida.  
• Considere o uso de inaladores de ação prolongada.  
• Considere o uso de inaladores de ação combinada.  
• Considere o uso de inaladores de ação única.  
• Considere o uso de inaladores de ação dupla.  
• Considere o uso de inaladores de ação tripla.  
• Considere o uso de inaladores de ação quadrupla.

**DESKTOP HELPER**  
No. 8 January 2018

**Improving care for women with COPD: guidance for primary care**

The scope of global primary care includes not only disease management, but also prevention and early risk identification, finding those people in the community who need special attention, diagnosis, treatment and management. One such challenge is to identify early diagnosis, and treat women with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The main challenges of COPD in women and the reasons that they need special attention are depicted in Figure 1.

**Figure 1 The impact of COPD in women.**  
The impact of COPD in women is often underestimated. Women experience more symptoms (especially breathlessness), have a more impaired quality of life and suffer from more exacerbations than men. This means that women may benefit from closer monitoring of their exacerbation risk, symptoms and quality of life. Primary care professionals need to be aware of these symptoms and risk factors, and to provide appropriate support and advice.

**DESKTOP HELPER**  
No. 5 May 2016

**Predicting diagnosis in primary care patients suspected of obstructive**

**DESKTOP HELPER**  
No. 10 December 2019

**USO RACIONAL DE LA MEDICACIÓN INHALADA EN PACIENTES EPOC CON COMORBIDAD MÚLTIPLE: GUÍA PARA ATENCIÓN PRIMARIA**

Este guía describe las relaciones con el tratamiento farmacológico del paciente con EPOC y múltiples comorbilidades, referiendo especialmente el uso racional de corticoides inhalados. Además, ofrece ideas sobre decisiones de diagnóstico.

**INTRODUCCIÓN**  
El asma y la EPOC son enfermedades crónicas que afectan a millones de personas en todo el mundo. La EPOC es una enfermedad crónica de las vías respiratorias que se caracteriza por la presencia de síntomas persistentes de tos y dificultad respiratoria. La EPOC es una enfermedad crónica de las vías respiratorias que se caracteriza por la presencia de síntomas persistentes de tos y dificultad respiratoria.

**MUJERES CON EPOC**  
Las mujeres con EPOC experimentan más síntomas y una peor calidad de vida que los hombres con EPOC. Las mujeres con EPOC experimentan más síntomas y una peor calidad de vida que los hombres con EPOC.

**COMORBILIDADES**  
Las comorbilidades son enfermedades que ocurren al mismo tiempo que la EPOC. Las comorbilidades pueden afectar a la EPOC y viceversa. Las comorbilidades pueden afectar a la EPOC y viceversa.

**MUJERES CON EPOC**  
Las mujeres con EPOC experimentan más síntomas y una peor calidad de vida que los hombres con EPOC. Las mujeres con EPOC experimentan más síntomas y una peor calidad de vida que los hombres con EPOC.

**DESKTOP HELPER**  
No. 11 January 2021 First edition

**Remote respiratory consultations**

**DESKTOP HELPER**  
No. 7 Julho 2017

**Reabilitação Pulmonar na comunidade**

**DESKTOP HELPER**  
No. 10 Dezembro 2019

**USO RACIONAL DE LA MEDICACIÓN INHALADA EN PACIENTES EPOC CON COMORBIDAD MÚLTIPLE: GUÍA PARA ATENCIÓN PRIMARIA**

**Remote respiratory consultations**  
Remote respiratory consultations have become an important part of primary care. This desktop helper provides guidance on how to conduct remote respiratory consultations effectively. It covers the benefits of remote consultations, the challenges, and the steps to take to ensure a successful consultation. It also provides a checklist for remote respiratory consultations.

**Reabilitação Pulmonar na comunidade**  
A reabilitação pulmonar é um programa de tratamento não farmacológico que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes com EPOC. Este programa inclui exercícios físicos, educação em saúde e suporte psicológico. Este programa é importante para melhorar a qualidade de vida dos doentes com EPOC.

**USO RACIONAL DE LA MEDICACIÓN INHALADA EN PACIENTES EPOC CON COMORBIDAD MÚLTIPLE: GUÍA PARA ATENCIÓN PRIMARIA**  
Este guía describe las relaciones con el tratamiento farmacológico del paciente con EPOC y múltiples comorbilidades, referiendo especialmente el uso racional de corticoides inhalados. Además, ofrece ideas sobre decisiones de diagnóstico.