

OVERVIEW OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD): INDIVIDUALIZED TREATMENT BASED ON CLINICALLY ACTIONABLE PHENOTYPES

Dinh Van Phuong, Phan Thanh Tai*, Nguyen Kim Vuong

Vo Truong Toan University - National Highway 1A, Thanh Xuan Commune, Can Tho City, Vietnam

Received: 02/12/2025

Revised: 10/03/2026; Accepted: 27/07/2026

ABSTRACT

Objective: To synthesize current evidence on clinically meaningful COPD phenotypes and the treatable-traits approach, in order to clarify the value of personalized treatment in practice, especially in resource-limited settings.

Methods: This was a focused narrative review. Key documents published or updated through November 2024, including the GOLD 2025 report, were purposively selected from PubMed, the Cochrane Library, Google Scholar, and the GOLD website using keywords related to COPD, phenotype, exacerbations, eosinophils, and treatable traits. Rather than aiming for exhaustive retrieval, the review prioritized foundational, practice-influencing sources directly relevant to treatment decisions.

Results: The evidence consistently shows that COPD is a heterogeneous disease with several clinically relevant profiles, including the frequent exacerbator phenotype, patients with asthma-like features or type 2 inflammation, emphysema-predominant disease, chronic bronchitis-predominant disease, and comorbidity-dominant presentations. The GOLD A-B-E framework remains an appropriate starting point, while phenotype- and trait-based assessment helps refine indications for inhaled corticosteroids, exacerbation prevention strategies, management of hyperinflation, and control of major comorbidities.

Conclusion: In stable COPD, phenotype-based assessment should be considered a complementary layer built upon the current GOLD framework to support personalized treatment.

Keywords: COPD; phenotype; individualized treatment; treatable traits; GOLD; eosinophils.

*Corresponding author

Email: pttai@vtu.edu.vn **Phone:** (+84) 947401446 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD11.6039

TỔNG QUAN VỀ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH (COPD): ĐIỀU TRỊ CÁ THỂ HÓA DỰA TRÊN CÁC KIỂU HÌNH CÓ GIÁ TRỊ THỰC HÀNH

Đinh Văn Phương, Phan Thành Tài*, Nguyễn Kim Vượng

Trường Đại học Võ Trường Toản - QL 1A, Xã Thạnh Xuân, Tp Cần Thơ, Việt Nam

Ngày nhận: 02/12/2026

Ngày sửa: 10/03/2026; Ngày đăng: 27/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tổng hợp các bằng chứng hiện hành về những kiểu hình COPD có ý nghĩa điều trị và cách tiếp cận theo đặc điểm cá thể điều trị, nhằm làm rõ giá trị của điều trị cá thể hóa trong thực hành, đặc biệt ở bối cảnh nguồn lực hạn chế.

Phương pháp: Đây là tổng quan tường thuật có định hướng. Các tài liệu cốt lõi được công bố hoặc cập nhật đến hết tháng 11/2024, bao gồm báo cáo GOLD 2025, được lựa chọn có chủ đích từ PubMed, Cochrane Library, Google Scholar và trang GOLD bằng các từ khóa liên quan đến COPD, phenotype, đợt kịch phát, bạch cầu ái toan và treatable traits. Bài viết ưu tiên các tài liệu nền tảng, có ảnh hưởng thực hành và liên quan trực tiếp đến quyết định điều trị.

Kết quả: Các bằng chứng cho thấy COPD là bệnh lý dị hình với một số hồ sơ lâm sàng có giá trị thực hành như kiểu hình kịch phát thường xuyên, nhóm có đặc điểm gợi ý hen hoặc viêm type 2, khí phế thũng ưu thế, viêm phế quản mạn ưu thế và kiểu hình đồng mắc chiếm ưu thế. Khung GOLD A-B-E vẫn là điểm khởi đầu phù hợp, trong khi tiếp cận theo kiểu hình và đặc điểm cá thể điều trị giúp tinh chỉnh chỉ định corticosteroid hít, dự phòng kịch phát, xử trí ứ khí và kiểm soát bệnh đồng mắc.

Kết luận: Ở bệnh nhân COPD ổn định, tiếp cận theo kiểu hình nên được xem là lớp đánh giá bổ sung trên nền khung GOLD hiện hành để hỗ trợ cá thể hóa điều trị.

Từ khóa: COPD; kiểu hình; điều trị cá thể hóa; đặc điểm cá thể điều trị; GOLD; bạch cầu ái toan.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là một nguyên nhân hàng đầu gây tử vong, tàn tật và sử dụng dịch vụ y tế trên toàn cầu. Trong nhiều năm, điều trị COPD chủ yếu dựa vào mức độ tắc nghẽn luồng khí, đặc biệt là FEV1. Cách tiếp cận này có giá trị trong phân tầng mức độ nặng, nhưng không phản ánh đầy đủ sự khác biệt rất lớn giữa các bệnh nhân về triệu chứng, nguy cơ đợt kịch phát, tổn thương cấu trúc phổi, gánh nặng đồng mắc và đáp ứng điều trị [1],[2].

Các nghiên cứu đoàn hệ, tổng quan khái niệm và hướng dẫn điều trị sau đó cho thấy COPD là một bệnh lý dị hình. Khái niệm kiểu hình lâm sàng được sử dụng để chỉ những nhóm bệnh nhân có đặc điểm chung liên quan đến kết cục quan trọng như đợt kịch phát, chất lượng sống, tốc độ tiến triển hoặc đáp ứng với thuốc [2]-[4]. Song song, tiếp cận đặc điểm cá thể điều trị tập trung vào việc nhận diện các thuộc tính cụ thể có thể can thiệp ở từng cá thể, ví dụ tiền sử kịch phát, tăng bạch cầu ái toan máu, ứ khí, viêm type 2, hút thuốc còn tiếp diễn hay các bệnh đồng mắc tim mạch và chuyển hóa [5].

Những năm gần đây, GOLD giữ vai trò khung nền cho đánh giá và điều trị COPD, trong khi các tài liệu như GesEPOC và nhiều bài tổng quan giúp tinh chỉnh quyết định điều trị theo hồ sơ lâm sàng cụ thể [1],[3],[4],[7]-[10]. Tuy nhiên, khi trình bày dưới dạng tổng quan tường thuật, bài viết cần làm rõ rằng mục tiêu không phải là thu thập đầy đủ tất cả bằng chứng theo mô hình PRISMA, mà là chọn lọc có chủ đích những tài liệu nền tảng và có giá trị thực hành cao. Trên cơ sở đó, bài tổng quan này hướng tới bốn mục tiêu: Tóm tắt nền tảng khái niệm của phenotype và treatable traits trong COPD; trình bày các hồ sơ lâm sàng có liên

quan nhiều nhất đến điều trị; đề xuất một khung áp dụng thực hành; và thảo luận hàm ý cho bối cảnh Việt Nam.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế tổng quan

Đây là tổng quan tường thuật có định hướng (focused narrative review), không phải tổng quan hệ thống hay scoping review. Vì vậy, bài viết không áp dụng quy trình PRISMA và không đặt mục tiêu truy xuất đầy đủ tất cả tài liệu đã công bố, mà tập trung chọn lọc có chủ đích những nguồn nền tảng, có ảnh hưởng lớn đến thực hành và phù hợp trực tiếp với câu hỏi điều trị.

2.2. Cách tiếp cận tài liệu và nguồn dữ liệu

Việc tìm kiếm tài liệu được thực hiện trên PubMed, Cochrane Library, Google Scholar và trang web GOLD với các từ khóa đơn lẻ và kết hợp, bao gồm: “chronic obstructive pulmonary disease”, “COPD”, “phenotype”, “clinical phenotype”, “treatable traits”, “exacerbations”, “eosinophils”, “asthma features”, “individualized treatment” và “precision medicine”. Bài viết ưu tiên các tài liệu được công bố hoặc cập nhật đến hết tháng 11 năm 2024. Mốc này bao gồm cả báo cáo GOLD 2025 vì đây là tài liệu được công bố trong tháng 11 năm 2024 và phản ánh định hướng điều trị cập nhật nhất tại thời điểm tổng hợp.

2.3. Nguyên tắc ưu tiên tài liệu

Do mục tiêu của bài là tổng hợp tường thuật theo định hướng thực hành, tài liệu không được lựa chọn theo logic truy tìm exhaustively mà theo ba tiêu chí ưu tiên: thứ nhất, có vai trò nền tảng về khái niệm hoặc hướng dẫn; thứ hai,

*Tác giả liên hệ

Email: pttai@vttu.edu.vn Điện thoại: (+84) 947401446 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD11.6039

có ảnh hưởng rõ đến cách phân tầng và lựa chọn điều trị COPD; thứ ba, có tính đại diện cho những phenotype hoặc trait có khả năng áp dụng trong thực hành thường quy. Những nghiên cứu thuần mô tả hình ảnh, báo cáo ca bệnh nhỏ, hoặc các nghiên cứu được lý đơn lẻ không đặt trong bối cảnh phenotype và treatable traits không được xem là trọng tâm của bài tổng quan này.

Trên cơ sở đó, mười tài liệu cốt lõi được chọn làm trục chính cho phần tổng hợp, bao gồm báo cáo hướng dẫn, tổng quan nền tảng, bài định hướng điều trị và nghiên cứu đoàn hệ kinh điển. Số lượng tài liệu được giới hạn có chủ đích để bảo đảm tính nhất quán của lập luận, giảm nguy cơ pha loãng mục tiêu bài viết và phù hợp với bản chất của một narrative review hơn là một tổng quan hệ thống.

2.4. Phương pháp tổng hợp nội dung

Nội dung được tổng hợp theo chủ đề, tập trung vào các câu hỏi thực hành sau: (i) phenotype nào có liên quan trực tiếp đến quyết định điều trị; (ii) trait nào có thể nhận diện được trong điều kiện lâm sàng thường quy; (iii) GOLD và phenotype bổ sung cho nhau như thế nào; và (iv) có thể rút ra khung áp dụng nào phù hợp cho bối cảnh nguồn lực còn hạn chế. Các kết luận trong bài được diễn giải ở mức gợi ý thực hành, tránh khẳng định quá mức khi chứng cứ trực tiếp còn hạn chế.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Nhóm tài liệu cốt lõi được ưu tiên trong tổng quan

STT	Tài liệu	Loại tài liệu	Lý do ưu tiên
1	GOLD 2025 [1]	Hướng dẫn toàn cầu	Khung nền hiện hành để đánh giá triệu chứng, đợt kịch phát và định hướng điều trị ban đầu.
2	Han et al. 2010 [2]	Tổng quan khái niệm	Đặt nền tảng định nghĩa phenotype COPD gắn với kết cục lâm sàng có ý nghĩa.
3	Miravittles et al. 2012 [3]	Tổng quan lâm sàng	Mô tả các phenotype thực hành và liên hệ với tiên lượng, đáp ứng điều trị.
4	Miravittles et al. 2013 [4]	Bài định hướng điều trị	Chuyển các phenotype chính thành các gợi ý điều trị mang tính thực hành.
5	Agusti et al. 2016 [5]	Bài quan điểm	Mở rộng từ phenotype sang treatable traits, nhấn mạnh cách tiếp cận theo từng cá thể.
6	Hurst et al. 2010 [6]	Nghiên cứu đoàn hệ	Khẳng định đợt kịch phát là trait trung tâm có giá trị tiên lượng và định hướng điều trị.
7	GesEPOC 2017 [7]	Hướng dẫn quốc gia	Ví dụ điển hình về tích hợp phenotype vào quyết định điều trị COPD ổn định.

STT	Tài liệu	Loại tài liệu	Lý do ưu tiên
8	Mirza and Benzo 2017 [8]	Tổng quan hiện đại	Tổng hợp các phenotype có thể nhận diện nhanh ở thực hành lâm sàng.
9	Akpınar and Hosgun 2019 [9]	Tổng quan	Bổ sung góc nhìn lâm sàng và dịch tễ về tính hữu ích của phenotype trong COPD.
10	Corlateanu et al. 2020 [10]	Tổng quan state-of-the-art	Hệ thống hóa vai trò phenotype, endotype và đồng mắc trong điều trị cá thể hóa.

Đây là nhóm tài liệu nòng cốt được lựa chọn có chủ đích nhằm phục vụ mục tiêu tổng hợp thực hành, không phải danh mục đầy đủ tất cả công bố liên quan đến COPD phenotype.

3.1. Từ phenotype đến treatable traits

Khái niệm phenotype trong COPD được Han và cộng sự đề xuất như một thuộc tính hoặc tập hợp thuộc tính của bệnh có liên quan đến kết cục lâm sàng có ý nghĩa [2]. Trên nền tảng đó, Miravittles và cộng sự hệ thống hóa một số phenotype để nhận diện và có liên quan điều trị như kịch phát thường xuyên, nhóm có đặc điểm hen, khí phế thũng ưu thế và viêm phế quản mạn ưu thế [3],[4].

Agusti và cộng sự mở rộng cách nhìn bằng khái niệm đặc điểm có thể điều trị, nhấn mạnh rằng ở cùng một bệnh nhân có thể tồn tại đồng thời nhiều trait liên quan đường thở, nhu mô phổi và ngoài phổi [5]. Cách tiếp cận này hữu ích vì nó tránh gò ép toàn bộ bệnh nhân vào một nhãn phenotype cứng nhắc, đồng thời giữ được mục tiêu quan trọng nhất là xác định các đặc điểm có thể thay đổi được bằng can thiệp.

Do đó, trong thực hành, phenotype có thể được xem như lớp mô tả lâm sàng ở mức nhóm, còn treatable traits là lớp ra quyết định ở mức cá thể. Hai cách nhìn này không loại trừ nhau mà bổ sung cho nhau.

3.2. GOLD là khung nền, phenotype là lớp tinh chỉnh

GOLD hiện nay không xây dựng một hệ thống phenotype chính thức, nhưng sử dụng khung A-B-E để quyết định điều trị ban đầu dựa trên gánh nặng triệu chứng và tiền sử đợt kịch phát [1]. Bên cạnh đó, GOLD nhấn mạnh thêm vai trò của bạch cầu ái toan máu, bệnh đồng mắc, kỹ thuật dùng dụng cụ hít và các can thiệp không dùng thuốc trong quá trình cá thể hóa điều trị.

Ngược lại, GesEPOC và nhiều bài tổng quan theo phenotype đi xa hơn ở bước tinh chỉnh điều trị, nhất là ở bệnh nhân nguy cơ cao, nhiều đợt kịch phát hoặc có hồ sơ lâm sàng nổi bật [4],[7]-[10]. Như vậy, GOLD giúp chuẩn hóa bước khởi đầu, còn phenotype và treatable traits làm rõ hướng điều chỉnh tiếp theo.

Vì vậy, một cách trình bày phù hợp hơn là xem GOLD như khung khởi đầu, còn phenotype và treatable traits là lớp tinh chỉnh điều trị. Cách diễn giải này cũng giúp tránh mâu thuẫn giả tạo giữa các hệ thống hướng dẫn.

3.3. Kiểu hình kịch phát thường xuyên

Nghiên cứu ECLIPSE của Hurst và cộng sự cho thấy tiền sử đợt kịch phát là yếu tố dự báo mạnh nhất cho đợt kịch phát tương lai [6]. Điều này khiến phenotype kịch phát thường xuyên trở thành một trong những hồ sơ lâm sàng có giá trị thực hành cao nhất trong COPD.

Theo GOLD, ở bệnh nhân có nhiều triệu chứng hoặc nhiều đợt kịch phát, giãn phế quản kéo dài, đặc biệt phổi

hợp LABA/LAMA, giữ vai trò nền tảng. ICS được cân nhắc khi có tiền sử đợt kịch phát và hồ sơ viêm phù hợp, nhất là khi bạch cầu ái toan tăng [1]. Theo các tổng quan theo phenotype, ở nhóm kịch phát tái diễn có thể phải đi xa hơn bằng cách rà soát tăng tiết đờm, bệnh mũi xoang, giãn phế quản kèm theo, hút thuốc còn tiếp diễn hoặc kỹ thuật dùng thuốc hít không đúng [4],[8]-[10].

Dù lựa chọn thuốc khác nhau tùy từng trường hợp, các tài liệu thống nhất rằng đây là phenotype cần ưu tiên cai thuốc lá, tiêm chủng, phục hồi chức năng hô hấp, giáo dục tự quản lý và giảm phơi nhiễm có hại, thay vì chỉ tăng cường thuốc hít đơn thuần.

3.4. Nhóm có đặc điểm gợi ý hen hoặc viêm type 2

Trong y văn trước đây, một nhóm bệnh nhân COPD có tiền sử hen, dao động triệu chứng rõ, dị ứng, hoặc tăng bạch cầu ái toan máu thường được gọi là ACO. Tuy nhiên, GOLD hiện nay không xem ACO là một thực thể chẩn đoán cứng với tiêu chuẩn thống nhất, mà nhấn mạnh nhận diện các đặc điểm gợi ý hen để tránh bỏ sót vai trò của ICS [1].

Vì vậy, trong bài viết này, thuật ngữ ACO chỉ được dùng như một quy ước mô tả theo y văn cũ, còn về thực hành nên ưu tiên cách nói “đặc điểm gợi ý hen” hoặc “trait viêm type 2”. Đây là nhóm bệnh nhân mà lợi ích của ICS có thể rõ hơn, đặc biệt khi kèm bạch cầu ái toan máu tăng [1],[5],[7]-[10].

Bạch cầu ái toan máu là trait có giá trị thực hành cao nhất trong nhóm này. Dù đây không phải chỉ dấu hoàn hảo, nhiều tài liệu thống nhất rằng eosinophil có thể hỗ

trợ quyết định dùng, duy trì hoặc rút ICS khi được diễn giải cùng tiền sử đợt kịch phát và nguy cơ viêm phổi [1],[5],[8]-[10].

3.5. Kiểu hình khí phế thũng ưu thế, viêm phế quản mạn ưu thế và đồng mắc chiếm ưu thế

Phân biệt tương đối giữa khí phế thũng ưu thế và viêm phế quản mạn ưu thế vẫn có ý nghĩa khi đặt trong bối cảnh toàn diện của triệu chứng, chức năng hô hấp và hình ảnh học [3],[8]-[10]. Ở nhóm khí phế thũng hoặc ứ khí ưu thế, khó thở khi gắng sức, giảm khả năng vận động và tăng thể tích cặn thường nổi bật hơn; trong khi ở nhóm viêm phế quản mạn ưu thế, ho khạc đờm kéo dài, bội nhiễm tái diễn và đôi khi giãn phế quản đi kèm lại là vấn đề chính.

Về điều trị, cả hai nhóm đều lấy giãn phế quản kéo dài làm nền tảng, nhưng trọng tâm can thiệp khác nhau. Ở khí phế thũng ưu thế, cần nhấn mạnh phục hồi chức năng, huấn luyện hô hấp, giảm ứ khí và cân nhắc các kỹ thuật can thiệp chuyên sâu ở nhóm chọn lọc. Ở viêm phế quản mạn ưu thế, trọng tâm thực hành thường là quản lý đờm, dự phòng nhiễm trùng, rà soát căn nguyên thúc đẩy và tối ưu hóa các biện pháp hỗ trợ [4],[8]-[10].

Một số tổng quan hiện đại còn nhấn mạnh kiểu hình đồng mắc chiếm ưu thế, trong đó tiên lượng bị chi phối nhiều bởi bệnh tim mạch, hội chứng chuyển hóa, loãng xương, suy dinh dưỡng hay trầm cảm - lo âu hơn là FEV1 đơn thuần [8]-[10]. Điều này làm rõ rằng điều trị COPD không thể giới hạn trong đường thở mà phải phối hợp đa chuyên khoa.

Bảng 2. Khung thực hành: trait có thể điều trị, cách nhận diện và định hướng can thiệp

Đặc điểm hoặc hồ sơ lâm sàng	Cách nhận diện trong thực hành	Can thiệp ưu tiên	Ghi chú
Tiền sử kịch phát	Số đợt kịch phát hoặc nhập viện trong 12 tháng trước	Ưu tiên tối ưu giãn phế quản kéo dài; cân nhắc liệu pháp có ICS khi hồ sơ viêm phù hợp; tăng cường dự phòng không dùng thuốc	Trait có giá trị thực hành cao, nhưng cần xác minh đợt thật sự liên quan COPD.
Bạch cầu ái toan máu	Công thức máu ngoại vi ở giai đoạn ổn định	Hỗ trợ quyết định dùng, duy trì hoặc rút ICS	Chỉ dấu hỗ trợ chứ không phải tiêu chuẩn duy nhất; nên diễn giải cùng tiền sử kịch phát.
Đặc điểm gợi ý hen hoặc viêm type 2	Tiền sử hen, dị ứng, dao động triệu chứng, đáp ứng phế quản, eosinophil tăng	Ưu tiên phác đồ chứa ICS thay vì chỉ dùng giãn phế quản kéo dài đơn thuần	Không nên xem ACO như nhãn chẩn đoán cứng nếu tiêu chuẩn không rõ.
Khí phế thũng hoặc ứ khí ưu thế	Khó thở tăng khi gắng sức, lồng ngực căng, RV tăng, hình ảnh gợi ý ứ khí hoặc khí phế thũng	Tăng cường phục hồi chức năng, tối ưu giãn phế quản, đánh giá can thiệp giảm thể tích phổi ở nhóm chọn lọc	Cần phân tầng chức năng và khả năng tiếp cận kỹ thuật chuyên sâu.
Viêm phế quản mạn hoặc tăng tiết đờm	Ho khạc đờm kéo dài, bội nhiễm tái diễn, giãn phế quản đi kèm	Tập trung dự phòng nhiễm trùng, quản lý đờm, cân nhắc liệu pháp bổ trợ ở nhóm phù hợp	Nên rà soát căn nguyên thúc đẩy như hút thuốc, GERD, bệnh mũi xoang.
Đồng mắc chiếm ưu thế	Tim mạch, hội chứng chuyển hóa, loãng xương, suy dinh dưỡng, trầm cảm - lo âu	Phối hợp đa chuyên khoa và xử trí song song với điều trị đường thở	Có thể chi phối tiên lượng mạnh hơn FEV1 đơn thuần.
Kỹ thuật dùng dụng cụ hít, tuân thủ, hút thuốc còn tiếp diễn	Quan sát trực tiếp kỹ thuật, khai thác thói quen dùng thuốc và phơi nhiễm	Chỉnh kỹ thuật hít, đơn giản hóa phác đồ khi cần, hỗ trợ cai thuốc lá	Trait thường bị bỏ sót nhưng có thể làm sai lệch đánh giá đáp ứng điều trị.



Hình 1. Sơ đồ áp dụng thực hành: GOLD như khung nền, phenotype và treatable traits như lớp tinh chỉnh điều trị

4. BÀN LUẬN

4.1. Giá trị của tiếp cận theo kiểu hình trong thực hành

Tổng hợp từ nhóm tài liệu cốt lõi cho thấy một điểm đồng thuận khá rõ: đánh giá theo phenotype và treatable traits có giá trị nhất khi được dùng để hoàn thiện, chứ không thay thế, khung GOLD [1],[3]-[5],[7]-[10]. Điều này giúp tránh hai cực đoan thường gặp, một là chỉ dựa vào FEV1 hoặc A-B-E mà bỏ qua sự dị hình quan trọng, hai là cố gắng gán mọi bệnh nhân vào một phenotype cứng nhắc.

4.2. Mức độ chứng cứ và cách diễn giải phù hợp

Về mức độ chứng cứ, cần thừa nhận rằng phần lớn nền tảng cho điều trị theo phenotype hiện vẫn dựa trên hướng dẫn, tổng quan khái niệm, nghiên cứu đoàn hệ và phân tích thứ cấp, trong khi số thử nghiệm ngẫu nhiên thiết kế chuyên biệt cho từng phenotype còn hạn chế [2]-[6],[8]-[10]. Vì vậy, các kết luận trong bài nên được hiểu là gợi ý thực hành hợp lý dựa trên tính nhất quán của nhiều nguồn, chứ chưa phải bằng chứng trực tiếp ở mức cao cho mọi nhánh quyết định lâm sàng.

Cách diễn giải thận trọng này cũng giúp bài viết phù hợp hơn với bản chất narrative review, tránh khẳng định quá mạnh vượt quá dữ liệu hiện có.

4.3. Hàm ý thực hành tại Việt Nam

Đối với Việt Nam, một khung áp dụng khả thi là bắt đầu bằng ba câu hỏi thường quy ở mọi bệnh nhân COPD ổn định: người bệnh có bao nhiêu đợt kịch phát trong năm qua; bạch cầu ái toan máu ở giai đoạn ổn định là bao nhiêu; và có đặc điểm nào nổi trội như gợi ý hen, ứ khí nhiều, tăng tiết đờm hay đồng mắc nặng hay không. Chỉ riêng ba lớp thông tin này đã đủ để hỗ trợ nhiều quyết định điều trị thực tế.

Trong điều kiện nguồn lực chưa đồng đều, không nhất thiết phải xây dựng một mô hình phenotype phức tạp. Thực tế hơn là nhận diện một số trait có thể hành động được ngay, như tiền sử kịch phát, eosinophil máu, kỹ thuật hít, hút thuốc còn tiếp diễn và đồng mắc nổi trội. Cách làm này vừa phù hợp với thực hành tuyến đầu, vừa ít phụ thuộc vào kỹ thuật cao.

4.4. Vai trò trung tâm của can thiệp không dùng thuốc

Các biện pháp không dùng thuốc vẫn phải được đặt ở vị trí trung tâm trong mọi phenotype. Cai thuốc lá có hỗ trợ, tiêm chủng, phục hồi chức năng hô hấp, giáo dục tự quản lý, dinh dưỡng hợp lý và kiểm soát phơi nhiễm có hại là những trụ cột có lợi trên diện rộng [1],[8]-[10]. Điều trị cá thể hóa sẽ mất ý nghĩa nếu chỉ tập trung vào việc thay đổi thuốc hít mà xem nhẹ các can thiệp nền tảng này.

4.5. Hạn chế của bài tổng quan

Bài viết này có một số hạn chế. Thứ nhất, đây là tổng quan tường thuật nên không nhằm cung cấp ước lượng định lượng của hiệu quả điều trị như phân tích gộp. Thứ hai, số tài liệu cốt lõi được lựa chọn có chủ đích để phục vụ câu hỏi thực hành, do đó không phản ánh toàn bộ phổ nghiên cứu về COPD phenotype. Thứ ba, nhiều hàm ý điều trị vẫn được suy luận từ sự hội tụ giữa hướng dẫn, đoàn hệ và tổng quan hơn là từ thử nghiệm ngẫu nhiên thiết kế riêng cho từng phenotype. Vì vậy, các đề xuất trong bài nên được xem là khung gợi ý thực hành và cần tiếp tục được cập nhật khi có thêm dữ liệu mới.

5. KẾT LUẬN

COPD là một bệnh lý dị hình, trong đó đợt kịch phát, bạch cầu ái toan máu, đặc điểm gợi ý hen hoặc viêm type 2, mức độ ứ khí, tăng tiết đờm và gánh nặng đồng mắc đều có thể ảnh hưởng đáng kể đến lựa chọn điều trị. GOLD tiếp tục là khung nền thuận tiện cho điều trị ban đầu, trong khi phenotype và treatable traits giúp tinh chỉnh quyết định lâm sàng ở mức cá thể. Trong bối cảnh nguồn lực hạn chế, cách tiếp cận phù hợp không phải là xây dựng các hệ phân loại quá phức tạp, mà là nhận diện một số trait có thể can thiệp ngay và duy trì mạnh mẽ các biện pháp không dùng thuốc. Đây là hướng đi thực tế để từng bước nâng cao mức độ cá thể hóa điều trị COPD trong thực hành thường quy.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả trân trọng cảm ơn Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản đã tạo điều kiện chuyên môn và môi trường học thuật thuận lợi để nhóm tác giả hoàn thiện bài tổng quan này. Sự hỗ trợ về trao đổi học thuật và định hướng chuyên môn của đơn vị là nguồn động viên quan trọng trong quá trình xây dựng và chỉnh sửa bản thảo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: 2025 Report. GOLD; 2024.
- [2] Han MK, Agusti A, Calverley PM, Celli BR, Criner G, Curtis JL, et al. Chronic obstructive pulmonary disease phenotypes: the future of COPD. Am J Respir Crit Care Med. 2010;182(5):598-604. doi:10.1164/rccm.200912-1843CC.
- [3] Miravittles M, Calle M, Soler-Cataluna JJ. Clinical phenotypes of COPD: identification, definition and implications for guidelines. Arch Bronconeumol. 2012;48(3):86-98. doi:10.1016/j.arbres.2011.10.007.
- [4] Miravittles M, Soler-Cataluna JJ, Calle M, Soriano JB. Treatment of COPD by clinical phenotypes: putting old evidence into clinical practice. Eur Respir J. 2013;41(6):1252-1256.

- doi:10.1183/09031936.00118912.
- [5] Agusti A, Bel E, Thomas M, Vogelmeier C, Brusselle G, Holgate S, et al. Treatable traits: toward precision medicine of chronic airway diseases. *Eur Respir J*. 2016;47(2):410-419. doi:10.1183/13993003.01359-2015.
- [6] Hurst JR, Vestbo J, Anzueto A, Locantore N, Mullerova H, Tal-Singer R, et al. Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*. 2010;363(12):1128-1138. doi:10.1056/NEJMoa0909883.
- [7] Miravittles M, Soler-Cataluna JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Spanish Guidelines for Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GesEPOC) 2017. Pharmacological treatment of stable phase. *Arch Bronconeumol*. 2017;53(6):324-335. doi:10.1016/j.arbres.2017.03.018.
- [8] Mirza S, Benzo R. Chronic obstructive pulmonary disease phenotypes: implications for care. *Mayo Clin Proc*. 2017;92(7):1104-1112. doi:10.1016/j.mayocp.2017.03.020.
- [9] Akpınar EE, Hosgun D. Chronic obstructive pulmonary disease phenotypes. *Eurasian J Pulmonol*. 2019;21(3):143-147. doi:10.4103/ejop.ejop_55_18.
- [10] Corlateanu A, Mendez Y, Wang Y, Avendano Garnica RJ, Botnaru V, Siafakas N. Chronic obstructive pulmonary disease and phenotypes: a state-of-the-art. *Pulmonology*. 2020;26(2):95-100. doi:10.1016/j.pulmoe.2019.10.006.

