

Theo Y học cổ truyền, đặc điểm sinh lý của trẻ nhi là sức sống mãnh liệt, phát triển nhanh chóng, thuần dương bên cạnh đó tạng phủ còn đang non nớt chưa hoàn thiện, dương chưa sung, âm chưa trưởng. Phương pháp xoa bóp trị liệu cùng bộ huyệt nhóm nghiên cứu lựa chọn, có tác dụng kiện vận tỳ vị, tiêu thực nhuận tràng, từ đó thúc đẩy quá trình sinh – hóa, tăng cường lưu thông khí huyết, qua đó giúp cân bằng âm dương, nâng cao chính khí, đả thông kinh mạch, điều chỉnh chức năng lục phủ ngũ tạng. Thông qua tác động đến tỳ vị, điều chỉnh cân bằng âm dương tạng phủ, phương pháp có tác dụng kích thích khả năng ăn uống, giúp tăng cảm giác ngon miệng, cải thiện chứng biếng ăn ở trẻ. Bên cạnh đó tiêu thực nhuận tràng giúp làm giảm sự tích trệ thức ăn, điều hòa hệ thống vị khuẩn đường ruột, điều hòa nhu động ruột và sự tiết dịch dạ dày- ruột, thúc đẩy quá trình trao đổi và hấp thụ các chất dinh dưỡng. Ở nhóm nghiên cứu khi trẻ được hướng dẫn chế độ ăn kết hợp với xoa bóp trị liệu, trẻ tăng cảm giác ngon miệng, cải thiện chức năng tiêu hóa, làm tăng khẩu phần ăn hằng ngày của trẻ. Ngoài ra xoa bóp trị liệu còn tác động tích cực đến yếu tố tâm lý, điều hòa cảm xúc, giúp trẻ thư giãn, giảm căng thẳng, mệt mỏi giúp cho việc thực hiện chế độ ăn đã được tư vấn trở nên dễ dàng và hiệu quả, trẻ tăng cân nhanh hơn, nhiều hơn so với nhóm chứng khi chỉ được tư vấn chế độ ăn đơn thuần. Xoa bóp trị liệu đã góp phần tích cực giúp nâng cao hiệu quả điều trị suy dinh dưỡng ở trẻ em.

V. KẾT LUẬN

Xoa bóp trị liệu có tác dụng trong hỗ trợ điều

trị suy dinh dưỡng mức độ vừa ở trẻ em, giúp trẻ tăng cân, giảm biếng ăn và cải thiện các triệu chứng lâm sàng. Phương pháp này đơn giản, không có tác dụng phụ nên được ứng dụng rộng rãi trên lâm sàng

VI. KIẾN NGHỊ

- Tiến hành nghiên cứu trên đối tượng suy dinh dưỡng ở phạm vi rộng hơn, thời gian dài hơn nhằm đánh giá đầy đủ tác dụng của phương pháp xoa bóp trị liệu này

- Phổ biến và ứng dụng phương pháp xoa bóp Tam Tự Kinh vào thực hành lâm sàng Nhi Khoa tại các bệnh viện ở Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Nhi - Trường Đại học Y Hà Nội.** Bài Giảng Nhi Khoa Tập 2. Nhà xuất bản Y Học; 2020.
2. **Bộ môn Dinh dưỡng và an toàn thực phẩm - Trường Đại học Y Hà Nội.** Dinh Dưỡng Trong Điều Trị Nhi Khoa. Nhà xuất bản Y Học; 2020.
3. **Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội.** Nhi Khoa y Học Cổ Truyền. Nhà xuất bản Y Học; 2017.
4. 廖品东. 小儿推拿学. 人民卫生出版社; 2019.
5. **Liệu Phẩm Đông.** Tiêu nhi thời nã học. Nhà xuất bản Y học; 2019.
6. 庞军. 推拿治疗小儿疳气型疳症80例. 广西中医药. 2000;(06):10.
7. **Bàng Quân.** Xoa bóp trị liệu điều trị 80 trẻ Cam chứng thể Cam khí. Quảng Tây Trung y dược. 2000;(06):10.
8. 郭艳红. 健脾和胃推拿法配合健康营养指导治疗小儿轻度营养不良 (脾胃虚弱型) 的临床研究. 硕士. 山东中医药大学; 2018.
9. **Quách Diễm Hồng.** Nghiên cứu lâm sàng điều trị trẻ suy dinh dưỡng nhẹ (tỳ vị hư yếu) bằng phương pháp xoa bóp kiện tỳ hòa vị kết hợp với dinh dưỡng tốt. Đại học Trung Y Dược Sơn Đông, Trung Quốc; 2018.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH PHỔI MÔ KẾ LIÊN QUAN ĐẾN MỘT SỐ BỆNH CỦA TỔ CHỨC LIÊN KẾT

Đào Phương Thúy¹, Phan Thu Phương^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh phổi mô kẽ liên quan đến một số bệnh của tổ chức liên kết. **Đối tượng và phương pháp**

¹Trường đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đào Phương Thúy

Email: phuonghthuy1996a1@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 9.12.2022

Ngày duyệt bài: 19.12.2022

nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiến cứu 102 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh phổi mô kẽ có bệnh mô liên kết tại trung tâm Hồ hấp bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2021 đến tháng 8/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình 57.29 ± 11.55 , trên 55 tuổi (65.7%), trong đó nữ chiếm 69.6%, tỉ lệ nữ/nam là 2.29/1. Khó thở (90,2%) và Ho đờm (44,1%) là triệu chứng cơ năng chiếm tỷ lệ cao nhất. Rale nổ (85,3%) là triệu chứng thực thể tại phổi gặp nhiều nhất. Triệu chứng thực thể ngoài hô hấp thường gặp nhất là Đau khớp (48%). Thiếu máu chiếm 44.1%, chủ yếu thiếu máu đẳng sắc (39.2%), nồng độ huyết sắc tố trung bình là 121.64 ± 19.735 g/l. Giá trị CK trung bình là

323±603.89 U/L, 27 trường hợp tăng CK (30.34%). Giá trị RF trung bình là 36.773±74.99 IU/mL, 30 trường hợp tăng RF (37.04%). Nồng độ CRP hs trung bình là 6.352±7.723 mg/dl. Nồng độ Ferritin trung bình là 1401±1588 ng/ml. Áp lực động mạch phổi có giá trị trung bình 40.32±17.358 mmHg cao hơn so với bình thường, chủ yếu tăng ALDMP nhẹ (61.2%). Giá trị trung bình %FVC so với trị số lý thuyết là 60.71±15.437 giảm so với bình thường, chủ yếu là rối loạn thông khí hạn chế (80%). Tổn thương trên HRCT cơ bản thường gặp nhất là kính mờ (69.6%) và giãn phế quản co kéo (52.9%). Hình thái tổn thương thường gặp nhất là OP (21.6%) và NSIP (19.6%) với đặc điểm phân bố đều hai bên, ưu thế ngoại vi, thùy dưới của phổi. Bệnh lý mô liên kết hay gặp nhất là Viêm đa cơ/viêm da cơ (39.3%), tiếp đến là Xơ cứng bì (20.6%), hội chứng chồng lấp và mô liên kết hỗn hợp (20.6%), chiếm tỉ lệ thấp hơn là Lupus ban đỏ hệ thống và Viêm khớp dạng thấp. **Kết luận:** CTD-ILD rất đa dạng về triệu chứng, hình thái tổn thương trên HRCT, diễn biến và tiên lượng. Có nhiều trường hợp ILD xuất hiện đầu tiên hoặc là biểu hiện duy nhất của CTD, chẩn đoán CTD-ILD trong những trường hợp này còn gặp nhiều khó khăn.

Từ khóa: ILD, bệnh phổi mô kẽ, CTD, bệnh mô liên kết.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF INTERSTITIAL LUNG DISEASE RELATED TO SOME CONNECTIVE TISSUE DISEASE

Objectives: To describe the clinical and subclinical characteristics of interstitial lung disease related to some connective tissue disease. **Research object and method:** Retrospective and prospective cross-sectional description of 102 patients diagnosed with interstitial lung disease with connective tissue disease at the Respiratory Center of Bach Mai Hospital from 1/2021 to 8/2022. The mean age was 57.29±11.55 years old, over 55 years old (65.7%), of which female accounted for 69.6%, the female/male ratio was 2.29/1. Shortness of breath (90.2%) and Coughing up phlegm (44.1%) are the most common symptoms. Rale explosion (85.3%) is the most common physical symptom in the lung. The most common non-respiratory physical symptom was Arthralgia (48%). Anemia accounts for 44.1%, mainly isochromic anemia (39.2%), the average hemoglobin concentration is 121.64±19,735 g/l. The average CK value was 323±603.89 U/L, 27 cases increased CK (30.34%). The mean RF value was 36,773±74.99 IU/mL, in 30 cases increased RF (37.04%). The mean CRP hs concentration was 6.352±7,723 mg/dl. The mean ferritin concentration was 1401±1588 ng/ml. Pulmonary arterial pressure had an average value of 40.32±17,358 mmHg higher than normal, mainly a slight increase in pulmonary artery pressure (61.2%). The mean %FVC compared with the theoretical value is 60.71±15,437, which is lower than normal, mainly due to restrictive ventilation disorder (80%). The most common lesions on baseline HRCT were opacities (69.6%) and traction bronchiectasis (52.9%). The

most common lesion morphology was OP (21.6%) and NSIP (19.6%) with the characteristics of bilateral distribution, predominance of the peripheral, lower lobes of the lung. The most common connective tissue disease is Polymyositis/Dermatomyositis (39.3%), followed by Scleroderma (20.6%), Qverlapping Syndrome and Mixed Connective Tissue (20.6%), accounting for the proportion lower than that of Systemic Lupus and Rheumatoid Arthritis. **Conclusions:** CTD-ILD is very diverse in symptoms, lesion morphology on HRCT, course and prognosis. There are many cases where ILD is the first or only manifestation of CTD, diagnosis of CTD-ILD in these cases is still difficult.

Keywords: ILD, Interstitial Lung Disease, CTD, Connective Tissue Disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi mô kẽ (Interstitial Lung Disease – ILD) là tập hợp các rối loạn đặc trưng bởi tổn thương nhu mô phổi lan tỏa với đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học, giải phẫu bệnh, tiên lượng khác nhau. Có nhiều căn nguyên dẫn đến bệnh phổi mô kẽ như bệnh Sarcoidosis, LAM, bệnh tích protein phế nang, bệnh mô liên kết, do thuốc, vô căn,... Trong đó, bệnh phổi mô kẽ trong bệnh mô liên kết (CTD-ILD) chiếm 15% các trường hợp. Bệnh mô liên kết (Connective Tissue Disease – CTD) là một nhóm các bệnh lý viêm có cơ chế bệnh sinh liên quan đến hệ thống tự miễn dịch trong cơ thể ở mô liên kết. Khoảng 3,5% dân số có các bệnh tổ chức liên kết. Ngày nay chúng tôi nhận thấy CTD có tỉ lệ ngày càng gia tăng, ILD là một trong những biến chứng nghiêm trọng nhất liên quan đến CTD, dẫn đến tăng đáng kể tỉ lệ mắc và tử vong. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh phổi mô kẽ liên quan đến một số bệnh của tổ chức liên kết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm những bệnh nhân được chẩn đoán bệnh phổi mô kẽ tại trung tâm hô hấp bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2021 đến tháng 8/2022 có tổn thương phổi kẽ trên chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao không do nhiễm trùng, bệnh lý ác tính, phù phổi cấp và có bệnh mô liên kết: viêm đa cơ/viêm da cơ, xơ cứng bì, lupus ban đỏ hệ thống, viêm khớp dạng thấp, bệnh mô liên kết hỗn hợp. Đa số bệnh nhân được đưa ra hội chẩn tại Hội đồng đa chuyên khoa về bệnh phổi kẽ của bệnh viện Bạch Mai, bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu khi được Hội đồng kết luận chẩn đoán có ít nhất một trong các bệnh mô liên kết trên.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô

tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu, phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý theo chương trình SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		n	%
Tuổi	< 55	35	34.3
	≥ 55	67	65.7
Giới	Nam	31	30.4
	Nữ	71	69.6

Nhận xét: 102 bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu trên 55 tuổi (65.7%), tuổi trung bình 57.29±11.55, trong đó nữ chiếm tỷ lệ cao nhất (69.6%), tỉ lệ nữ/nam là 2.29/1.

Bảng 2: Đặc điểm triệu chứng của đối tượng nghiên cứu

Triệu chứng	N = 102	
	n	%
Sốt	30	29.4
Sút cân	19	18.6

Bảng 3. Kết quả một số xét nghiệm cận lâm sàng

Đặc điểm		Trung bình±SD	N=102	
			n	%
Hemoglobin (g/l)		121.64±19.735		
Tình trạng thiếu máu	Có	Thiếu máu đẳng sắc	40	39.2
		Thiếu máu nhược sắc	05	4.9
	Không	57	55.9	
ALĐMP		40.32±17.358		
Tăng ALĐMP	Có	Nhẹ	60	61.2
		Trung bình	16	16.3
		Nặng	10	10.2
	Không	12	12.2	
FVC %		60.71±15.437		
Rối loạn chức năng thông khí	Có	Hạn chế	52	80.0
		Tắc nghẽn	00	0.0
		Hỗn hợp	03	4.6
	Không	10	15.4	
Sinh thiết cơ	Có làm	Tổn thương đặc hiệu viêm cơ	32	31.4
		Không tổn thương	12	11.8
	Không làm	58	56.9	
Điện cơ	Có làm	Tổn thương tân kinh	12	11.8
		Tổn thương cơ	11	10.8
		Tổn thương phối hợp	03	2.9
		Không tổn thương	23	22.5
	Không làm	53	52.0	
CK (U/L)		323±603.89		
CK tăng			27	30.34
RF (IU/mL)		36.773±74.99		
RF tăng			30	37.04
Ferritin (ng/ml)		1401±1588		
CRP hs (mg/dl)		6.352±7.723		

Hô hấp		
Khó thở/Khó thở khi gắng sức	92	90.2
Ho khan	42	41.2
Ho đờm	45	44.1
Ho máu	02	2.0
Ran nổ	87	85.3
Ran ẩm	12	11.8
Ran rít, ran rắng	04	3.9
Ngoài Hô hấp		
Yếu cơ	23	22.5
Đau khớp	49	48.0
Hội chứng Raynaud	31	30.4
Dấu hiệu gề đầu	27	26.5
Ban hoặc thay đổi màu sắc da	23	22.5
Sẩn Gottron	19	18.6
Ngón tay dùi trống	03	2.9
Bàn tay thợ cơ khí	06	5.9

Nhận xét: Khó thở/Khó thở khi gắng sức (90,2%) và Ho đờm (44,1%) là triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất. Ran nổ (85,3%) là triệu chứng thực thể tại phổi gặp nhiều nhất. Triệu chứng thực thể ngoài hô hấp thường gặp nhất là Đau khớp (48%).

Nhận xét:

- 45 trường hợp thiếu máu, chủ yếu thiếu máu đẳng sắc (39.2%), nồng độ huyết sắc tố trung bình là 121.64 ± 19.735 g/l.

- Giá trị CK trung bình là 323 ± 603.89 U/L, 27 trường hợp tăng CK (30.34%). Giá trị RF trung bình là 36.773 ± 74.99 IU/mL, 30 trường hợp tăng RF (37.04%). Nồng độ CRP hs trung bình là 6.352 ± 7.723 mg/dl. Nồng độ Ferritin trung bình là 1401 ± 1588 ng/ml.

- Áp lực động mạch phổi có giá trị trung bình 40.32 ± 17.358 mmHg cao hơn so với bình thường (< 25 mmHg), chủ yếu tăng ALDMP nhẹ (61.2%).

- Giá trị trung bình %FVC so với trị số lý thuyết là 60.71 ± 15.437 giảm so với bình thường ($\geq 80\%$), chủ yếu là rối loạn thông khí hạn chế (80%).

- 44 trường hợp sinh thiết cơ có 32 trường hợp kết quả sinh thiết là tổn thương đặc hiệu viêm cơ (31.4%).

- 49 trường hợp điện cơ có 26 trường hợp có tổn thương thần kinh, cơ hay tổn thương phổi hợp.

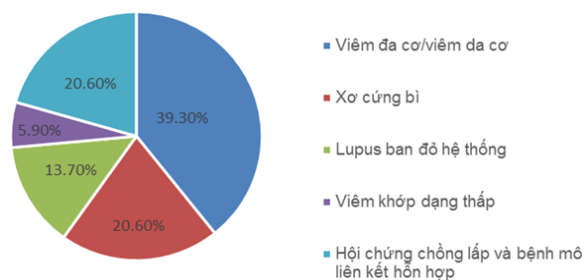
Bảng 4: Tổn thương phổi trên HRCT

Triệu chứng	N=102	
	n	%
Hình thái tổn thương		
OP	22	21.6
AIP/OP	1	1.0
NSIP	20	19.6
UIP	17	16.7
NSIP/OP	3	2.9
Không xác định	39	38.2
Tổn thương cơ bản		
Đông đặc	44	43.1
Kính mờ	71	69.6
Tổ ong	26	25.5
Giãn phế quản co kéo	54	52.9
Dày tổ chức kẽ	50	49.0
Mờ lưới	30	29.4
Đặc điểm phân bố		
Ưu thể thùy dưới	92	90.19
Ưu thể ngoại vi	83	81.37
Phân bố hai bên	98	96.08

Nhận xét: - Tổn thương trên HRCT cơ bản thường gặp nhất là kính mờ (69.6%) và giãn phế quản co kéo (52.9%).

- Tổn thương trên HRCT có đặc điểm phân bố 2 bên, ưu thể ngoại vi, thùy dưới xuất hiện ở hầu hết bệnh nhân.

- Hình thái tổn thương thường gặp nhất là OP (21.6%) và NSIP (19.6%).

Bệnh lý mô liên kết**Biểu đồ 1: Phân loại bệnh lý mô liên kết**

Nhận xét: Bệnh lý mô liên kết hay gặp nhất là Viêm đa cơ/viêm da cơ (39.3%), tiếp đến là Xơ cứng bì (20.6%), hội chứng chồng lấp và mô liên kết hỗn hợp (20.6%), chiếm tỉ lệ thấp hơn là Lupus ban đỏ hệ thống và Viêm khớp dạng thấp.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:**

Kết quả nghiên cứu trên 102 bệnh nhân có tổn thương phổi kẽ trên HRCT và có bệnh lý mô liên kết chúng tôi nhận thấy, tuổi trung bình đối tượng nghiên cứu 69.29 ± 11.558 , thường gặp ở nữ giới chiếm 69.6%, nam giới chiếm 30.4%, tỉ lệ nữ/nam là 2.29/1. Nghiên cứu tương đồng với Nghiên cứu của Karakatsanai và cộng sự năm 2009 trên 967 trường hợp bệnh phổi mô kẽ ở Hy Lạp cũng cho kết quả nữ giới mắc bệnh nhiều hơn chiếm 53.6%, tỷ lệ nữ/nam là 1.15/1¹. Nghiên cứu của Alhamad và cộng sự năm 2013 trên 330 trường hợp được chẩn đoán bệnh phổi mô kẽ mới tại Saudi Arabia từ năm 2008 đến năm 2011 có tuổi trung bình là $55,4 \pm 14,9$, tỷ lệ nữ giới là 61,2% và tỷ lệ nữ/nam là 1.37/1². Điều này cho thấy rằng, bệnh phổi mô kẽ hay gặp ở nữ giới, trên 55 tuổi phù hợp với các đặc điểm của bệnh mô liên kết thường gặp ở phụ nữ trung niên.

4.2. Đặc điểm lâm sàng: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, khó thở là nguyên nhân chính để bệnh nhân nhập viện và đây cũng là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất chiếm 90.2%, chủ yếu là khó thở khi gắng sức. Thông thường, ho trong bệnh phổi mô kẽ là ho khan, ho có đờm là biểu hiện bất thường khi có sự tăng tiết trong lòng phế quản thường là biểu hiện của tình trạng viêm phế quản mạn tính, bội nhiễm hoặc giãn phế quản đi kèm, tỷ lệ ho có đờm trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 44,1%. Kết quả này có sự khác biệt so với đặc điểm của bệnh phổi mô kẽ ho chủ yếu là ho khan³. Điều này có thể giải thích được là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đều nhập viện điều trị nội trú, đa phần có biểu hiện nhiễm

trùng cấp tính kèm theo. Ngoài ra họ có đờm có thể gặp trong một số bệnh lý không phải nguyên nhân từ phổi khác. Rale nổ (85.3%) và đau khớp (48%) là biểu hiện thực thể thường gặp.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng: Tình trạng thiếu máu là 45 trường hợp (44.1%), chủ yếu thiếu máu đẳng sắc (39.2%), nồng độ huyết sắc tố trung bình là 121.64±19.735g/l. Điều này phù hợp với thực hành lâm sàng, khi nhóm đối tượng bệnh lý mô liên kết thường có biểu hiện của tình trạng thiếu máu do viêm mạn tính.

Nồng độ CRP hs trung bình là 6.352±7.723 mg/dl và nồng độ Ferritin trung bình là 1401±1588 (ng/ml) đều cao hơn giá trị bình thường. CRP là chất quan trọng của hệ thống bảo vệ không đặc hiệu của cơ thể đối với quá trình viêm. CRP có thể tăng rất cao khi có tình trạng chấn thương, viêm hoặc nhiễm trùng và giảm về bình thường khi các vấn đề này được giải quyết. Ferritin huyết thanh cũng là một chất phản ánh tình trạng viêm, thường tăng trong nhiễm trùng cấp tính hoặc mạn tính, bệnh khớp, huyết học và một số bệnh lý ác tính. Ferritin tăng cao được xem như là yếu tố tiên lượng nặng, nguy cơ khởi phát các đợt cấp tính của bệnh phổi mô kẽ, nghiên cứu của Gono và cộng sự (2010) nồng độ ferritin cao hơn nhiều ở nhóm viêm đa cơ có tổn thương phổi kẽ cấp tính so với nhóm tổn thương phổi kẽ mạn tính⁴.

Áp lực động mạch phổi có giá trị trung bình 40.32±17.358 mmHg cao hơn so với bình

thường (<25 mmHg), chủ yếu tăng ALĐMP nhẹ (61.2%), kết quả này tương đồng với những nghiên cứu khác trên thế giới⁵.

Giá trị trung bình %FVC so với trị số lý thuyết là 60.71±15.437 giảm so với bình thường (≥80%), chủ yếu là rối loạn thông khí hạn chế (80%). Trong đó, rối loạn thông khí hạn chế mức độ trung bình chiếm 51.9%, mức độ nhẹ chiếm 30.8%. Ở bệnh phổi mô kẽ, rối loạn thông khí hạn chế là rối loạn chức năng phổi thường gặp. Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của bệnh phổi mô kẽ, khi đặc trưng bởi tình trạng viêm nhu mô phổi cùng với sự lắng đọng collagen ở khoảng kẽ phổi. Qua thời gian tình trạng xơ hóa, dày lên của các vách ngăn phế nang dẫn đến tình trạng rối loạn trao đổi khí. Bên cạnh đó, tình trạng xơ hóa phổi dẫn đến giảm khả năng giãn nở của phổi, giảm khả năng hít vào của bệnh nhân⁶. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng các nghiên cứu của khác trên thế giới.

HRCT là tiêu chuẩn vàng để xác định tổn thương phổi kẽ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương trên HRCT cơ bản thường gặp nhất là kính mờ (69.6%) và giãn phế quản co kéo (52.9%). Hình thái tổn thương thường gặp nhất là OP (21.6%) và NSIP (19.6%), chúng xuất hiện với tỉ lệ khá đồng đều với đặc điểm phân bố đều 2 bên, ưu thế ngoại vi, thùy dưới của phổi. Điều này tương tự các nghiên cứu của chuyên ngành điện quang, OP và NSIP là 2 hình thái có tỷ lệ tương đương và thường gặp nhất⁷.

Bảng 5. Hình thái tổn thương trên HRCT của bệnh phổi kẽ trong các bệnh mô liên kết⁷

	SSc	RA	SLE	PM/DM	MCTD
ILD	+++	++	+	+++	++
NSIP	+++	++	++	+++	++
UIP	+	+++	+	+	+
OP	+	++	+	+++	+
	NSIP >> UIP	UIP >NSIP=OP	NSIP>UIP=OP	NSIP=OP>UIP	NSIP>OP=UIP

SSc: xơ cứng bì, RA: viêm khớp dạng thấp, SLE: lupus ban đỏ hệ thống, PM/DM: viêm đa cơ/viêm da cơ, MCTD: bệnh mô liên kết hỗn hợp

4.4. Phân loại bệnh lý mô liên kết: Kết quả nghiên cứu trên 102 bệnh nhân, bệnh lý mô liên kết hay gặp nhất là Viêm đa cơ/viêm da cơ (39.3%), tiếp đến là Xơ cứng bì (20.6%), hội chứng chồng lấp và mô liên kết hỗn hợp (20.6%), chiếm tỉ lệ thấp hơn là Lupus ban đỏ hệ thống và Viêm khớp dạng thấp. Nghiên cứu của chúng tôi khác biệt với nghiên cứu của Lee và cộng sự (2015) trên nhóm bệnh mô liên kết có tổn thương phổi kẽ : 28,3% trường hợp viêm khớp dạng thấp, viêm đa cơ chiếm 26,8% và xơ cứng bì chiếm 24,4%⁸. Sự khác biệt này do chúng tôi lựa chọn ở đối tượng nhập viện điều trị tại trung tâm hô hấp, nhóm viêm đa cơ/viêm da

cơ thường có tổn thương lan tỏa, nặng nề hơn đòi hỏi chăm sóc hô hấp đặc biệt nên gặp nhiều ở nghiên cứu này hơn các nhóm căn nguyên khác trong cùng nhóm.

V. KẾT LUẬN

- Bệnh thường gặp ở nữ giới, tuổi trung niên (69.6%).
- Khó thở (90.2%) và Ho đờm (44.1%) là triệu chứng cơ năng chủ yếu. Rale nổ (85,3%) là triệu chứng thực thể tại phổi gặp nhiều nhất. Triệu chứng thực thể ngoài hô hấp thường gặp nhất là Đau khớp (48%).
- Tình trạng thiếu máu là 45 trường hợp

(44.1%), chủ yếu thiếu máu đẳng sắc (39.2%), nồng độ huyết sắc tố trung bình là 121.64 ± 19.735 g/l. Nồng độ CRP hs trung bình là 6.352 ± 7.723 mg/dl và nồng độ Ferritin trung bình là 1401 ± 1588 (ng/ml) đều cao hơn giá trị bình thường.

- Áp lực động mạch phổi có giá trị trung bình 40.32 ± 17.358 mmHg cao hơn so với bình thường (<25 mmHg), chủ yếu tăng ALDMP nhẹ (61.2%).

- Giá trị trung bình %FVC so với trị số lý thuyết là 60.71 ± 15.437 giảm so với bình thường ($\geq 80\%$), chủ yếu là rối loạn thông khí hạn chế (80%). Trong đó, rối loạn thông khí hạn chế mức độ trung bình chiếm 51.9%, mức độ nhẹ chiếm 30.8%.

- Tổn thương trên HRCT cơ bản thường gặp nhất là kính mờ (69.6%) và giãn phế quản co kéo (52.9%). Hình thái tổn thương thường gặp nhất là OP (21.6%) và NSIP (19.6%), chúng xuất hiện với tỉ lệ khá đồng đều với đặc điểm phân bố đều 2 bên, ưu thế ngoại vi, thùy dưới của phổi.

- Bệnh lý mô liên kết hay gặp nhất là Viêm đa cơ/viêm da cơ (39.3%), tiếp đến là Xơ cứng bì (20.6%), hội chứng chông lấp và mô liên kết hỗn hợp (20.6%), chiếm tỉ lệ thấp hơn là Lupus ban đỏ hệ thống và Viêm khớp dạng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Karakatsani A, Papakosta D, Rapti A, et al. Epidemiology of interstitial lung diseases in

- Greece. *Respir Med.* 2009;103(8):1122-1129. doi:10.1016/j.rmed.2009.03.001
2. Alhamad EH. Interstitial lung diseases in Saudi Arabia: A single-center study. *Ann Thorac Med.* 2013;8(1):33-37. doi:10.4103/1817-1737.105717
3. Dhooria S, Agarwal R, Sehgal IS, et al. Spectrum of interstitial lung diseases at a tertiary center in a developing country: A study of 803 subjects. *PLoS ONE.* 2018;13(2):e0191938. doi:10.1371/journal.pone.0191938
4. Gono T, Kawaguchi Y, Hara M, et al. Increased ferritin predicts development and severity of acute interstitial lung disease as a complication of dermatomyositis. *Rheumatol Oxf Engl.* 2010;49(7):1354-1360. doi:10.1093/rheumatology/keq073
5. Outcomes of Treatment of Pulmonary Arterial Hypertension in Patients with Interstitial Lung Disease | C42. SEARCHIN' FOR A CURE: NEW ILD TREATMENTS. Am Thorac Soc Int Conf Meet Abstr Am Thorac Soc Int Conf Meet Abstr. Accessed October 25, 2022. https://www.atsjournals.org/doi/epdf/10.1164/ajrccm-conference.2015.191.1_MeetingAbstracts.A4404
6. Martinez-Pitre PJ, Sabbula BR, Cascella M. Restrictive Lung Disease. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2022. Accessed October 25, 2022. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560880/>
7. Shao T, Shi X, Yang S, et al. Interstitial Lung Disease in Connective Tissue Disease: A Common Lesion With Heterogeneous Mechanisms and Treatment Considerations. *Front Immunol.* 2021;12:684699. doi:10.3389/fimmu.2021.684699
8. Li H, Xiong Z, Liu J, Li Y, Zhou B. [Manifestations of the connective tissue associated interstitial lung disease under high resolution computed tomography]. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban.* 2017;42(8):934-939. doi:10.11817/j.issn.1672-7347.2017.08.010

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ XÁC ĐỊNH TÌNH TRẠNG ĐỘT BIẾN EGFR-T790M GÂY KHÁNG EGFR-TKIS THỂ HỆ THỨ NHẤT Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ BẰNG KỸ THUẬT SINH THIẾT LỎNG

Hà Hữu Hoàng Khải^{1,2}, Lê Hoàn^{1,2},
Trần Khánh Chi^{1,2}, Nguyễn Thị Như Quỳnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng định tình trạng đột biến EGFR-T790M gây kháng

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hà Hữu Hoàng Khải

Email: hoangkhai.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 21.12.2022

EGFR-TKIs thể hệ thứ nhất ở người bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng kỹ thuật sinh thiết lỏng. **Đối tượng:** Gồm 31 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến EGFR (+) đã điều trị bước 1 bằng thuốc EGFR- TKIs thể hệ 1, được làm sinh thiết lỏng tìm đột biến gen EGFR-T790M. **Kết quả:** Bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu trên 60 tuổi (64,5%) trong đó tỉ lệ nam: nữ xấp xỉ bằng nhau, có đến 58,1% số bệnh nhân không hút thuốc lá. Thời gian trung bình xuất hiện kháng TKIs thể hệ 1: $11,9 \pm 3,4$ tháng (dao động từ 7-20 tháng). Mệt mỏi (96,8%) và sụt cân (87,1%) là triệu chứng toàn thân chiếm tỷ