

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH HRCT LỒNG NGỰC Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI KẼ DO MỘT SỐ BỆNH MÔ LIÊN KẾT

Đào Ngọc Bằng<sup>1</sup>, Trịnh Đình Thắng<sup>1</sup>, Tạ Bá Thắng<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Bích Ngọc<sup>2</sup>, Nguyễn Lam<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh HRCT ngực ở bệnh nhân bệnh phổi kẽ do một số bệnh mô liên kết. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu, mô tả cắt ngang trên 52 bệnh nhân bệnh phổi kẽ do bệnh mô liên kết (CTD-ILD) điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ tháng 3/2022 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** Bệnh thường gặp ở nữ (73,1%), tuổi chủ yếu  $\geq 50$  (78,8%), tuổi trung bình  $56,7 \pm 10,3$ . Bệnh mô liên kết hay gặp là xơ cứng bì (42,3%) và bệnh viêm cơ vô căn (32,7%). Triệu chứng cơ năng hô hấp hay gặp là khó thở (94,2%) và ho (84,6%). Triệu chứng thực thể hô hấp hay gặp là ran nổ (90,4%). Triệu chứng ngoài hô hấp thường gặp là dày da ngón tay (50,0%) và hội chứng Raynaud (44,2%). Xét nghiệm marker viêm: nồng độ CRP trung bình  $25,3 \pm 37,5$  mg/L, tốc độ máu lắng giờ thứ nhất trung bình  $44,2 \pm 31,0$  mm/h. Giá trị trung bình %FVC là  $62,5 \pm 17,2$  %SLT. Giá trị trung bình %TLC là  $62,8 \pm 14,0$  %SLT, rối loạn thông khí hạn chế chiếm 83,9%. Tổn thương trên HRCT chủ yếu là tổn thương lưới (88,5%) và kính mờ (88,5%), phân bố chủ yếu ở vùng nền phổi (96,2%) và ngoại vi (90,4%). Hình thái tổn thương trên HRCT gặp nhiều nhất là NSIP (55,8%), với 81,8% trong bệnh xơ cứng bì và 35,3% trong viêm cơ vô căn. **Kết luận:** CTD-ILD hay gặp ở nữ giới, tuổi trung niên. Triệu chứng hô hấp không đặc hiệu, các triệu chứng ngoài hô hấp đa dạng. Xét nghiệm cận lâm sàng biểu hiện tình trạng viêm và rối loạn thông khí hạn chế. Hình thái tổn thương trên HRCT chủ yếu là NSIP. **Từ khóa:** Bệnh phổi kẽ; ILD; Bệnh mô liên kết; CTD

## SUMMARY

### CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND CHEST HIGH-RESOLUTION COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGES IN PATIENTS WITH INTERSTITIAL LUNG DISEASE RELATED TO SOME CONNECTIVE TISSUE DISEASES

**Objective:** To describe the clinical, subclinical characteristics and chest HRCT images in patients with interstitial lung disease related to some connective tissue diseases. **Subjects and methods:** A retrospective and prospective cross-sectional description of 52 CTD-ILD patients treated in National

Lung Hospital from 3/2022 to 12/2023. **Results:** The disease is common in women (73.1%), average age of  $56.7 \pm 10.3$  yrs, mainly over 50 yrs (78.8%). Common connective tissue diseases are scleroderma (42.3%) and idiopathic inflammatory myopathies (32.7%). Common respiratory symptoms are dyspnea (94.2%) and cough (84.6%). The common respiratory sign is crackles (90.4%). Common non-respiratory signs are skin thickening of the fingers (50.0%) and Raynaud's syndrome (44.2%). Inflammatory marker tests show average CRP concentration of  $25.3 \pm 37.5$  mg/L and average first hour erythrocyte sedimentation rate  $44.2 \pm 31.0$  mm/h. The average value of %FVC is  $62.5 \pm 17.2$  % pred.. The average value of %TLC is  $62.8 \pm 14.0$  % pred., with restrictive ventilatory proportion of 83.9%. The main findings on HRCT are reticular opacities (88.5%) and ground glass opacities (88.5%), mainly basal predominant (96.2%) and peripheral predominant distribution (90.4%). The most common HRCT pattern is NSIP (55.8%), with 81.8% in scleroderma and 35.3% in idiopathic inflammatory myopathies. **Conclusions:** CTD-ILD is common in middle-aged women. Respiratory symptoms are non-specific while non-respiratory ones are diverse. Subclinical tests show inflammation and restrictive ventilatory. The pattern on chest computed tomography is mainly NSIP. **Keywords:** Interstitial lung disease; ILD; Connective tissue disease; CTD

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi kẽ (Interstitial Lung Disease - ILD) là một nhóm bệnh có nhiều rối loạn, đặc trưng bởi tổn thương nhu mô phổi lan tỏa với đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học, giải phẫu bệnh cũng như tiên lượng khác nhau. Tuy nhiên trong hầu hết các trường hợp, thành phế nang bị thâm nhiễm bởi các tế bào viêm, tế bào xơ và có hiện tượng tăng sinh các tế bào thành phế nang [1, 2]. Bệnh mô liên kết (Connective Tissue Disease - CTD) là nhóm nguyên nhân thường gặp của ILD, trong đó quá trình rối loạn tự miễn gây viêm mạn tính mạch máu và mô liên kết, làm tổn thương đa cơ quan. Mặc dù có sự khác nhau giữa các nghiên cứu, nhưng người ta thấy 10 - 90% CTD sẽ tổn thương phổi và đây là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong [3]. Thông thường ILD xuất hiện ở bệnh nhân CTD đã được chẩn đoán, tuy nhiên ILD có thể là biểu hiện đầu tiên và duy nhất của một CTD tiềm ẩn. Triệu chứng CTD có thể xuất hiện rất kín đáo, dễ bị bỏ qua, khiến việc chẩn đoán CTD-ILD trở thành thách thức với bác sĩ chuyên khoa hô hấp. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện này nhằm mục

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103

<sup>2</sup>Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đào Ngọc Bằng

Email: bsdaongocbang@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2024

Ngày duyệt bài: 13.8.2024

tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh HRCT lồng ngực ở bệnh nhân bệnh phổi kẽ do một số bệnh mô liên kết.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 52 bệnh nhân được chẩn đoán CTD-ILD tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ tháng 3/2022 đến tháng 12/2023.

**Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Bệnh nhân có tổn thương phổi kẽ trên phim chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao (High-resolution Computed Tomography - HRCT) và đủ tiêu chuẩn chẩn đoán ít nhất một CTD sau:

+ Chẩn đoán xơ cứng bì hệ thống theo tiêu chuẩn của Hội Khớp học Mỹ - ACR và Hội Khớp học Châu Âu - EULAR 2013.

+ Chẩn đoán bệnh viêm cơ vô căn - IIMs và phân loại viêm da cơ - DM, viêm đa cơ - PM theo tiêu chuẩn của ACR/EULAR 2017.

+ Chẩn đoán viêm khớp dạng thấp - RA theo tiêu chuẩn của ACR/EULAR 2010.

+ Chẩn đoán Lupus ban đỏ hệ thống - SLE theo tiêu chuẩn của ACR/EULAR 2019.

+ Chẩn đoán bệnh mô liên kết hỗn hợp - MCTD theo tiêu chuẩn của Alarcon-Segovia 1987.

+ Chẩn đoán hội chứng Sjogren theo tiêu chuẩn của ACR/EULAR 2016.

+ Chẩn đoán hội chứng chông lấp khi bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán của ít nhất hai bệnh mô liên kết.

- Tất cả các bệnh nhân được đưa ra hội chẩn tại hội đồng đa chuyên khoa về bệnh phổi kẽ của Bệnh viện Phổi Trung ương xác định chẩn đoán CTD-ILD.

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân có tổn thương phổi kẽ do bệnh lý nhiễm trùng, bệnh lý ác tính, phù phổi cấp.

- Bệnh nhân không thực hiện được đầy đủ chỉ tiêu của nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả, cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiền cứu

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện trong khoảng thời gian nghiên cứu.

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ 03/2022 đến 12/2023.

- **Kỹ thuật sử dụng:** Nghiên cứu lâm sàng kết hợp với cận lâm sàng theo mẫu bệnh án thống nhất được thu thập từ hồ sơ bệnh án và biên bản hội chẩn của hội đồng đa chuyên khoa về bệnh phổi kẽ, bao gồm: tiền sử, bệnh sử, triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm máu, đo chức

năng hô hấp, siêu âm doppler tim ước tính áp lực động mạch phổi (ALĐMP) và phim HRCT ngực được phân tích bởi nhóm nghiên cứu và bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh.

**- Các tiêu chuẩn đánh giá:**

+ Đánh giá hình thái tổn thương theo hướng dẫn của Hội Lồng ngực Mỹ - ATS và Hội Hô hấp Châu Âu - ERS [4]:

| Hình thái tổn thương  | Đặc điểm HRCT và phân bố   |
|---|--|
| Viêm phổi kẽ thông thường (Usual Interstitial Pneumonia - UIP)          | Tổn thương hình lưới, tổ ong, giãn phế quản co kéo ưu thế vùng đáy và ngoại vi phổi, dưới màng phổi  |
| Viêm phổi kẽ không đặc hiệu (Nonspecific Interstitial Pneumonia - NSIP) | Tổn thương dạng lưới, kính mờ, giãn phế quản co kéo, ưu thế vùng đáy, ngoại vi phổi, có thể dấu hiệu chừa khoảng dưới màng phổi "subpleural sparing" |
| Viêm phổi tổ chức hóa (Organizing Pneumonia - OP)                       | Tổn thương đồng đặc, kính mờ, phân bố dạng mảng, ở ngoại vi, dọc bó mạch phế quản  |
| Viêm phổi kẽ Lympho (Lymphoid Interstitial Pneumonia - LIP)             | Tổn thương kính mờ, nốt trung tâm tiểu thùy, dày vách, nang khí, lan tỏa hoặc ưu thế ở vùng thấp   |

+ Đánh giá rối loạn thông khí hạn chế:

Theo dõi rối loạn thông khí hạn chế (RLTKHC) khi FVC < 80% số lý thuyết và tỉ lệ FEV<sub>1</sub>/FVC ≥ 0,7 [5].

Xác định RLTKHC khi TLC < 80% số lý thuyết và tỉ lệ FEV<sub>1</sub>/FVC ≥ 0,7 [5].

- **Xử lý và phân tích số liệu:** thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu.** Thực hiện đúng quy trình đạo đức nghiên cứu của Bộ y tế và được Hội đồng đạo đức Bệnh viện Quân y 103 chấp thuận.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu**

**3.1.1. Nhóm tuổi và giới tính**

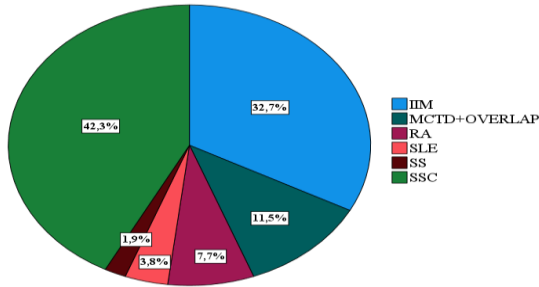
**Bảng 3.1: Đặc điểm về tuổi và giới**

| Nhóm tuổi và giới               |                | Số lượng (N=52) | Tỉ lệ (%) |
|---------------------------------|----------------|-----------------|-----------|
| <b>Nhóm tuổi</b>                | Nhóm < 50 tuổi | 11              | 21,2      |
|                                 | Nhóm ≥ 50 tuổi | 41              | 78,8      |
| <b>Tuổi trung bình (X ± SD)</b> |                | 56,7 ± 10,3     |           |
| <b>Giới tính</b>                | Nam            | 14              | 26,9      |
|                                 | Nữ             | 38              | 73,1      |

**Nhận xét:** 52 bệnh nhân CTD-ILD có tuổi trung bình là 56,7 ± 10,3 và chủ yếu trên 50 tuổi (78,8%), trong đó nữ chiếm 73,1%, tỷ lệ

nữ/nam là 2,7/1.

**3.1.2. Các bệnh mô liên kết và phân bố**



**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ các bệnh mô liên kết**

**Nhận xét:** Bệnh mô liên kết hay gặp là xơ cứng bì (42,3%), bệnh viêm cơ vô căn (32,7%). Các bệnh lý khác chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ từ 1,9 - 11,5%.

**3.2. Đặc điểm lâm sàng**

**3.2.1. Triệu chứng toàn thân và cơ quan hô hấp**

**Bảng 3.2. Triệu chứng toàn thân và cơ quan hô hấp**

| Các triệu chứng và hội chứng lâm sàng |                      | n (N=52) | Tỉ lệ (%) |
|---------------------------------------|----------------------|----------|-----------|
| Triệu chứng toàn thân                 | Sốt                  | 17       | 32,7      |
|                                       | Sút cân              | 10       | 19,2      |
| Triệu chứng hô hấp                    | Khó thở              | 49       | 94,2      |
|                                       | Ran nổ               | 47       | 90,4      |
|                                       | Ho                   | 44       | 84,6      |
|                                       | Khạc đờm             | 26       | 50,0      |
|                                       | Đau ngực             | 17       | 32,7      |
|                                       | Rì rào phế nang giảm | 6        | 11,5      |

**Nhận xét:** Triệu chứng cơ năng hô hấp hay gặp là khó thở (94,2%) và ho (84,6%). Triệu chứng thực thể hô hấp hay gặp nhất là ran nổ 90,4%.

**3.2.2. Triệu chứng ngoài cơ quan hô hấp**

**Bảng 3.3. Triệu chứng ngoài cơ quan hô hấp**

| Các triệu chứng và hội chứng lâm sàng | n (N=52) | Tỉ lệ (%) |
|---------------------------------------|----------|-----------|
| Dày da ngón tay                       | 26       | 50,0      |
| Hội chứng Raynaud                     | 23       | 44,2      |
| Viêm khớp                             | 14       | 26,9      |
| Viêm mạch quanh móng                  | 12       | 23,1      |
| Dấu hiệu Gottron, Sẩn Gottron         | 10       | 19,2      |
| Bàn tay thợ cơ khí                    | 9        | 17,3      |
| Trào ngược dạ dày                     | 7        | 13,5      |
| Các triệu chứng khác                  | 3-6      | 5,8-11,5  |

**Nhận xét:** Triệu chứng ngoài hô hấp hay gặp lần lượt là: dày da ngón tay (50,0%), hội chứng Raynaud (44,2%), còn các triệu chứng khác như: yếu cơ, rụng tóc, ban Heliotrope, ngón tay dùi trống, khô mắt và khô miệng chỉ

chiếm 5,8 - 11,5%.

**3.3. Đặc điểm cận lâm sàng**

**Bảng 3.4. Kết quả xét nghiệm máu**

| Đặc điểm              | N  | X ± SD      | Tính chất | n  | %    |
|-----------------------|----|-------------|-----------|----|------|
| Số lượng bạch cầu     | 52 | 10,2±4,1    | Tăng      | 25 | 48,1 |
| Số lượng Neutrophil   | 52 | 7,2±3,7     | Tăng      | 21 | 40,4 |
| Huyết sắc tố          | 52 | 130,4 ±15,7 | Thiếu máu | 7  | 13,5 |
| Ferritin              | 48 | 317,2±126,7 | Tăng      | 45 | 93,8 |
| Máu lắng giờ thứ nhất | 43 | 44,2±31,0   | Tăng      | 37 | 86,0 |
| CRP                   | 52 | 25,3±37,5   | Tăng      | 29 | 55,8 |

**Nhận xét:** Tăng Ferritin chiếm 93,8%, tăng tăng tốc độ máu lắng giờ thứ nhất chiếm 86,0%, tăng CRP là 55,8 %, tăng bạch cầu chiếm 48,1% còn thiếu máu chỉ chiếm 13,5%.

**Bảng 3.5. Các xét nghiệm cận lâm sàng khác**

| Đặc điểm      | N  | X ± SD    | Tính chất       | n  | %    |
|---------------|----|-----------|-----------------|----|------|
| %FVC          | 42 | 62,5±17,2 | Theo dõi RLTKHC | 38 | 90,5 |
| %TLC          | 31 | 62,8±14,0 | RLTKHC          | 26 | 83,9 |
| ALĐMP tâm thu | 28 | 35,8±18,2 | Tăng ALĐMP      | 9  | 32,1 |

**Nhận xét:** Giá trị trung bình %FVC là 62,5 ± 17,2%, theo dõi RLTKHC chiếm 90,5%. Giá trị trung bình %TLC là 62,8 ± 14,0%, xác định RLTKHC chiếm 83,9%. Giá trị ALĐMP tâm thu trung bình là 35,8 ± 18,2 mmHg. Tăng ALĐMP chiếm 32,1%.

**3.4. Hình ảnh tổn thương trên HRCT ngực**

**Bảng 3.6. Các loại tổn thương trên HRCT ngực**

| Loại tổn thương      | n (N=52) | Tỉ lệ (%) |
|----------------------|----------|-----------|
| Kính mờ              | 46       | 88,5      |
| Lưới                 | 46       | 88,5      |
| Giãn phế quản co kéo | 40       | 76,9      |
| Đông đặc             | 21       | 40,4      |
| Tổ ong               | 12       | 23,1      |
| Kén                  | 4        | 7,7       |

**Nhận xét:** Hình ảnh kính mờ và hình lưới chiếm tỉ lệ cao nhất 88,5%, tiếp đến là hình ảnh giãn phế quản co kéo (76,9%), hình ảnh đông đặc (40,4%), còn hình kén chỉ chiếm 7,7%.

**Bảng 3.7. Vị trí tổn thương trên HRCT ngực**

| Vị trí tổn thương   | n (N=52)  | Tỉ lệ (%) |      |
|---------------------|-----------|-----------|------|
| Phân bố trên - dưới | Vùng đỉnh | 0         | 0,0  |
|                     | Vùng đáy  | 50        | 96,2 |
|                     | Lan tỏa   | 2         | 3,8  |
| Phân bố cắt ngang   | Ngoại vi  | 47        | 90,4 |
|                     | Trung tâm | 2         | 3,8  |
|                     | Lan tỏa   | 3         | 5,8  |

**Nhận xét:** Phân bố hầu hết ở vùng đáy phổi chiếm 96,2%, ngoại vi chiếm 90,4% còn tổn thương lan tỏa chỉ chiếm 3,8 – 5,8%.

**Bảng 3.8. Hình thái tổn thương trên HRCT ngực**

| Hình thái tổn thương | Các bệnh mô liên kết |           | Viêm cơ vô căn |           | Xơ cứng bì |           |
|----------------------|----------------------|-----------|----------------|-----------|------------|-----------|
|                      | Số lượng             | Tỉ lệ (%) | Số lượng       | Tỉ lệ (%) | Số lượng   | Tỉ lệ (%) |
| NSIP                 | 29                   | 55,8      | 6              | 35,3      | 18         | 81,8      |
| OP                   | 8                    | 15,4      | 7              | 41,2      | 0          | 0,0       |
| UIP                  | 8                    | 15,4      | 3              | 17,6      | 2          | 9,1       |
| NSIP+OP              | 5                    | 9,6       | 1              | 5,9       | 2          | 9,1       |
| LIP                  | 2                    | 3,8       | 0              | 0,0       | 0          | 0,0       |
| Tổng                 | 52                   | 100       | 17             | 100       | 22         | 100       |

**Nhận xét:** Hình thái tổn thương hay gặp nhất là NSIP (55,85%), tiếp đến là OP và UIP cùng chiếm 15,4%. Trong bệnh xơ cứng bì: hình thái tổn thương NSIP chiếm 81,8% còn trong bệnh viêm cơ vô căn hình thái tổn thương hay gặp là OP chiếm 41,2% và NSIP chiếm 35,3%.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.** Kết quả nghiên cứu về đặc điểm tuổi, giới của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Alhamad trên 330 bệnh nhân ILD, trong đó nhóm CTD-ILD có tuổi trung bình  $55,3 \pm 14,3$  và tỷ lệ nữ/nam là 2,8[6]. Nghiên cứu của Đào Phương Thúy trên 102 bệnh nhân CTD-ILD cũng cho kết quả tương đồng với tuổi trung bình là  $57,29 \pm 11,55$  và tỷ lệ nữ/nam là 2,29/1[7]. Kết quả các nghiên cứu đã cho thấy bệnh mô liên kết thường gặp ở phụ nữ tuổi trung niên.

Bệnh mô liên kết hay gặp là xơ cứng bì (42,3%) và bệnh viêm cơ vô căn (32,7%). Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Đào Phương Thúy trong đó hai bệnh mô liên kết hay gặp là viêm đa cơ/viêm da cơ (39,3%) và xơ cứng bì (20,6%)[7].

**4.2. Đặc điểm lâm sàng.** Khó thở là triệu chứng cơ năng hô hấp hay gặp nhất (94,2%) và là lý do khiến bệnh nhân nhập viện, tiếp đến là ho (84,6%) và khạc đờm (50%). Kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Alhamad E.H. là khó thở 86%, ho (77%) và khạc đờm (50%) [6]. Tỷ lệ ho đờm trong nghiên cứu này cao (50%) so với bệnh phổi kẽ ho khan là chủ yếu, liên quan đến do đối tượng nghiên cứu có tỷ lệ giãn phế quản cao và trong đợt cấp do nhiễm trùng. Về triệu chứng thực thể, ran nổ là đặc trưng của bệnh phổi kẽ, gặp trong nghiên cứu này với tỷ lệ 90,4%, tương đồng với kết quả của Đào Phương Thúy [7]. Các triệu chứng dày da ngón tay và hội chứng Raynaud gặp tỷ lệ cao, liên quan đến

bệnh mô liên kết ở nghiên cứu này hay gặp nhất là xơ cứng bì 42,3%.

**4.3. Đặc điểm cận lâm sàng.** Số lượng bạch cầu và Neutrophil trung bình là  $10,2 \pm 4,1$  G/L và  $7,2 \pm 3,7$  G/L, trong đó 48,1% tăng bạch cầu và 40,4% tăng Neutrophil. Thông thường bạch cầu trong bệnh mô liên kết thường không tăng, thậm chí có thể giảm như bệnh Lupus ban đỏ hệ thống. Sự gia tăng này có thể được giải thích bởi tình trạng bội nhiễm, tương xứng với tỷ lệ khạc đờm cao. Nồng độ huyết sắc tố trung bình là  $130,4 \pm 15,7$ g/L, thiếu máu chiếm 13,5%.

Các marker viêm đều tăng, trong đó nồng độ CRP trung bình  $25,3 \pm 37,5$  mg/L và tốc độ máu lắng giờ thứ nhất trung bình  $44,2 \pm 31,0$  mm. Kết quả này phù hợp với đặc điểm viêm mạn tính ở bệnh mô liên kết. Nồng độ Ferritin huyết thanh trung bình  $317,2 \pm 126,7$   $\mu$ g/L, kết quả này phù hợp với đặc điểm Ferritin huyết thanh thường tăng trong bệnh lý nhiễm trùng, bệnh tự miễn, huyết học và một số bệnh lý ác tính.

Giá trị trung bình %FVC là  $62,5 \pm 17,2$ % SLT; giá trị trung bình %TLC là  $62,8 \pm 14,0$ % SLT, với tỷ lệ RTLKHC là 83,9%. Kết quả này phù hợp với bệnh phổi kẽ đặc trưng bởi tình trạng viêm nhu mô phổi, lắng đọng collagen cuối cùng dẫn đến xơ hóa phổi, giảm độ đàn hồi của phổi, dẫn đến rối loạn thông khí hạn chế. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Alhamad E.H. và Đào Phương Thúy [6, 7].

**4.4. Đặc điểm hình ảnh tổn thương trên HRCT.** Trong nghiên cứu này, chúng tôi đều cho bệnh nhân chụp HRCT, là tiêu chuẩn vàng để xác định tổn thương phổi kẽ. Hình ảnh tổn thương hay gặp nhất là tổn thương lưới (88,5%) và kính mờ (88,5%). Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Hu Y. và CS (2016) với hai tổn thương chính là tổn thương lưới (88,5%) và kính mờ (72,2%) [8]. Đặc điểm phân bố của tổn thương trong nghiên cứu này ưu thế vùng đáy (96,2%) và ngoại vi của phổi (90,4%). Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu Đào Phương Thúy với tổn thương ưu thế thùy dưới (90,19%) và ưu thế ngoại vi (81,37%) [7].

Hình thái tổn thương gặp nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là NSIP (55,8%), tiếp đến là OP (15,4%) và UIP (15,4%). Hình thái tổn thương ở hai bệnh mô liên kết chính trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt. Trong nhóm bệnh nhân xơ cứng bì, hình thái tổn thương chủ yếu là NSIP (81,8%) trong khi ở nhóm bệnh nhân bệnh viêm cơ vô căn, hai hình thái tổn thương hay gặp là NSIP (35,3%) và OP (41,2%). Kết quả của chúng tôi tương đồng với

kết quả nghiên cứu của Lê Thị Hoài trên 42 bệnh nhân CTD-ILD, trong nhóm bệnh nhân xơ cứng bì chủ yếu gặp hình thái tổn thương NSIP (81,3%) và trong nhóm bệnh nhân viêm da cơ/viêm đa cơ, hai hình thái tổn thương hay gặp là NSIP (46,2%) và OP (30,7%)[9].

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh HRCT lồng ngực ở 52 bệnh nhân CTD-ILD, chúng tôi rút ra một số điểm chính sau:

CTD-ILD hay gặp ở nữ giới, tuổi trung niên. Triệu chứng hô hấp không đặc hiệu, các triệu chứng ngoài hô hấp đa dạng. Xét nghiệm cận lâm sàng biểu hiện tình trạng viêm và rối loạn thông khí hạn chế. Hình thái tổn thương trên HRCT chủ yếu là NSIP.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Antoniou, K.M., et al.**, Interstitial lung disease. *Eur Respir Rev*, 2014. 23(131): p. 40-54.
2. **Wijisenbeek, M. and V. Cottin**, Spectrum of Fibrotic Lung Diseases. *N Engl J Med*, 2020. 383(10): p. 958-968.
3. **Shao, T., et al.**, Interstitial Lung Disease in Connective Tissue Disease: A Common Lesion

- With Heterogeneous Mechanisms and Treatment Considerations. *Front Immunol*, 2021. 12:p. 684699.
4. **American Thoracic Society/European Respiratory Society International Multidisciplinary Consensus Classification of the Idiopathic Interstitial Pneumonias**. This joint statement of the American Thoracic Society (ATS), and the European Respiratory Society (ERS) was adopted by the ATS board of directors, June 2001 and by the ERS Executive Committee, June 2001. *Am J Respir Crit Care Med*, 2002. 165(2): p. 277-304.
  5. **Ponce, M.C., A. Sankari, and S. Sharma**, Pulmonary Function Tests, in *StatPearls*. 2024, StatPearls Publishing
  6. **Alhamad, E.H.**, Interstitial lung diseases in Saudi Arabia: A single-center study. *Ann Thorac Med*, 2013. 8(1): p. 33-7.
  7. **Đào, P.T. and T.P. Phan**, Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh phổi mô kẽ liên quan đến một số bệnh của tổ chức liên kết. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2023. 522(2): p. 102-107.
  8. **Hu, Y., et al.**, Clinical Characteristics of Connective Tissue Disease-Associated Interstitial Lung Disease in 1,044 Chinese Patients. *Chest*, 2016. 149(1): p. 201-8.
  9. **Lê, T.H., et al.**, Đặc điểm hình thái tổn thương phổi kẽ trên phim cắt lớp vi tính độ phân giải cao ở một số bệnh hệ thống. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2022. 129(9): p. 82-90.

## KHẢO SÁT TÂM LÝ CỦA BỆNH NHÂN ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH KIÊN GIANG NĂM 2024

Khu Nguyễn Hồng Nhung<sup>1</sup>, Huỳnh Minh Tâm<sup>1</sup>,  
Đỗ Như Ý<sup>2</sup>, Bùi Khánh Toàn<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Khi có chỉ định phẫu thuật, tâm lý của bệnh nhân thường không ổn định. Tình trạng này không chỉ ảnh hưởng đến quá trình chuẩn bị và phẫu thuật mà còn tác động đến quá trình phục hồi sau phẫu thuật. Do đó, việc đánh giá mức độ tâm lý của bệnh nhân khi được chỉ định phẫu thuật và nguyên nhân cụ thể trên từng bệnh nhân là vô cùng quan trọng nhằm có những biện pháp can thiệp phù hợp, từ đó xây dựng kế hoạch điều trị và hỗ trợ bệnh nhân hiệu quả hơn. Thang đo DASS - 21 (Depression Anxiety Stress Scales-21) cho phép đánh giá tâm lý của bệnh nhân với 3 mức độ: lo âu, căng thẳng và stress đã được phát triển và sử dụng rộng rãi trong các nghiên cứu về tâm lý và sức khỏe. **Mục tiêu:**

Nghiên cứu nhằm đánh giá tình trạng tâm lý của bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang trong năm 2024 bằng cách sử dụng thang đo DASS - 21. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 230 bệnh nhân có tâm lý không ổn định tại khoa Phẫu thuật – Gây mê hồi sức, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân có tâm lý lo âu và căng thẳng chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 44,8% và 41,7%. Năm nhóm nguyên nhân chính được xác định gồm: lo ngại về biến chứng, chi phí phẫu thuật, ảnh hưởng đến cuộc sống, rủi ro trong phẫu thuật, thiếu sự quan tâm và hỗ trợ. Kết quả này cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ . **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy tầm quan trọng của việc xây dựng kế hoạch hỗ trợ cũng như kế hoạch điều trị tâm lý cho bệnh nhân khi được chỉ định phẫu thuật, nhằm giảm thiểu những ảnh hưởng không đáng có do tâm lý không ổn định của bệnh nhân khi được chỉ định phẫu thuật. **Từ khóa:** nguyên nhân, tâm lý, DASS - 21.

### SUMMARY

#### THE PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT OF PATIENTS SCHEDULED FOR SURGERY AT KIEN GIANG PROVINCE GENERAL

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang

<sup>2</sup>Trung tâm Y tế huyện Kiên Lương

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Khu Nguyễn Hồng Nhung

Email: knhnhung@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.7.2024

Ngày duyệt bài: 15.8.2024