

- World Health Organization.** Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level 2011. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/eb130/b130_9-en.pdf
- Fatoye FO, Adeyemi AB, Oladimeji BY.** Emotional distress and its correlates among Nigerian women in late pregnancy. *J Obstet Gynaecol.* Aug 2004;24(5):504-9. doi:10.1080/01443610410001722518
- Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA.** Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry.* Oct 2016; 3(10): 973-982. doi:10.1016/s2215-0366(16)30284-x
- Nhi TT, Hạnh NTT, Gammeltoft TM.** Emotional violence and maternal mental health: a qualitative study among women in northern Vietnam. *BMC Womens Health.* Apr 24 2018;18(1):58. doi:10.1186/s12905-018-0553-9
- Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR.** Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol.* Apr 2004;103(4):698-709. doi:10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f
- Mohammad KI, Gamble J, Creedy DK.** Prevalence and factors associated with the development of antenatal and postnatal depression among Jordanian women. *Midwifery.* Dec 2011;27(6):e238-45. doi:10.1016/j.midw.2010.10.008
- Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Opjordsmoen S, Samuelsen SO.** Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* Oct 2001;104(4):243-9. doi:10.1034/j.1600-0447.2001.00187.x
- Lau Y, Yin L, Wang Y.** Antenatal depressive symptomatology, family conflict and social support among Chengdu Chinese women. *Matern Child Health J.* Nov 2011;15(8):1416-26. doi:10.1007/s10995-010-0699-z

ĐẶC ĐIỂM CHỨC NĂNG HÔ HẤP VÀ HRCT NGỰC Ở BỆNH NHÂN XƠ CỨNG BÌ TOÀN THỂ VÀ VIÊM CƠ VÔ CĂN CÓ BỆNH PHỔI KẼ

Đào Ngọc Bằng¹, Trịnh Đình Thắng¹, Nguyễn Thị Bích Ngọc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm chức năng hô hấp và HRCT ngực ở bệnh nhân xơ cứng bì toàn thể và viêm cơ vô căn có bệnh phổi kẽ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang trên 26 bệnh nhân xơ cứng bì toàn thể (SSc) và 21 bệnh nhân viêm cơ vô căn (IIM) có tổn thương phổi kẽ, điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương và Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1/2022 đến tháng 4/2024. Đánh giá đặc điểm lâm sàng, chức năng hô hấp và hình ảnh HRCT ngực. **Kết quả nghiên cứu:** Bệnh nhân thường gặp độ tuổi > 50, chủ yếu là nữ giới (80,77% và 71,43%). Triệu chứng hô hấp hay gặp nhất là ran nổ và khó thở. Suy hô hấp hay gặp hơn ở bệnh nhân IIM ($p < 0,05$). Đa số bệnh nhân có rối loạn thông khí hạn chế. Tổn thương cơ bản trên HRCT ngực hay gặp nhất là dạng lưới (96,25 và 85,72%). Tổn thương dạng kính mờ gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân SSc (88,46%), tổn thương đồng đặc gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân IIM (52,38%). Hình thái tổn thương NSIP gặp nhiều nhất (69,2% và 47,6%). **Kết luận:** Bệnh nhân thường là nữ, tuổi trung niên, có khó thở và ran nổ, rối loạn thông khí hạn chế, tổn thương lưới và hình thái NSIP trên HRCT ngực. Bệnh nhân IIM hay gặp suy hô hấp và đồng đặc

phổi, tiên lượng xấu hơn. **Từ khóa:** Viêm cơ tự miễn; Xơ cứng bì toàn thể; Bệnh phổi kẽ.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF RESPIRATORY FUNCTION AND CHEST HRCT IN PATIENTS WITH SYSTEMIC SCLEROSIS AND IDIOPATHIC INFLAMMATORY MYOPATHIES HAVING INTERSTITIAL LUNG DISEASE

Objectives: To evaluate characteristics of respiratory function and chest HRCT in patients with systemic sclerosis and idiopathic inflammatory myopathies with interstitial lung disease. **Subjects and methods:** A descriptive, cross-sectional study on 26 patients with systemic sclerosis and 21 patients with idiopathic inflammatory myopathies having interstitial lung disease, treated at the National Lung Hospital and Military Hospital 103 from January 2022 to April 2024. Evaluate clinical characteristics, respiratory function and chest HRCT images. **Results:** Patients are usually over the age of 50, mainly women (80.77% and 71.43%). The majority of patients had restrictive ventilation disorder. The most common respiratory symptoms are fine crackle and dyspnea. Respiratory failure is more common in IIM patients ($p < 0.05$). The most common lesion on chest HRCT is reticular (96.25 and 85.72%). Ground-glass opacities are more common in SSc patients (88.46%), while consolidation lesions are more common in IIM patients (52.38%). NSIP lesion morphology is the most common (69.2% and 47.6%). **Conclusions:** Patients are usually female, middle-aged, and have dyspnea and fine crackle, restrictive ventilation disorder,

¹Bệnh viện Quân y 103

²Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đào Ngọc Bằng

Email: bsdaongocbang@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025

reticular lesions and NSIP morphology on chest HRCT image. Patients with IIM often experience respiratory failure and lung consolidation, and have a worse prognosis. **Keywords:** Idiopathic inflammatory myopathies (IIM); Systemic sclerosis (SSc); Interstitial Lung Disease (ILD).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh mô liên kết (Connective Tissue Disease - CTD) là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh phổi kẽ (Interstitial Lung Disease - ILD), chiếm 9,0 - 24,1% tại một số nước châu Á, trong đó tổn thương phổi kẽ thường gặp ở 2 bệnh viêm cơ vô căn (Idiopathic inflammatory myopathies - IIM) và xơ cứng bì toàn thể (Systemic sclerosis - SSc), là một trong các nguyên nhân chính dẫn đến tử vong của bệnh nhân. Thông thường, tổn thương phổi kẽ xuất hiện trên bệnh nhân đã được chẩn đoán viêm cơ vô căn và xơ cứng bì toàn thể, nhưng có thể là biểu hiện đầu tiên và duy nhất của bệnh giai đoạn tiềm ẩn. Tổn thương phổi kẽ là yếu tố tiên lượng tình trạng nặng của người bệnh [1]. Chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao (High Resolution Computed Tomography - HRCT) sử dụng các lớp cắt mỏng kết hợp với tái tạo tần số khoảng cách cao, có thể cung cấp hình ảnh độ phân giải cao tương tự như giải phẫu bệnh, là một phương pháp có độ nhạy cao chẩn đoán tổn thương tổ chức kẽ của phổi. Khi có tổn thương tổ chức kẽ của phổi, bệnh nhân có sự suy giảm về chức năng hô hấp, đặc biệt chức năng thông khí phổi. Mức độ suy giảm chức năng hô hấp tăng dần theo tiến triển của tổn thương phổi kẽ [2]. Vì vậy, nghiên cứu được tiến hành nhằm mục tiêu: *Đánh giá đặc điểm chức năng hô hấp và HRCT ngực ở bệnh nhân xơ cứng bì toàn thể và viêm cơ vô căn có bệnh phổi kẽ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 26 bệnh nhân xơ cứng bì toàn thể (SSc) và 21 bệnh nhân viêm cơ vô căn (IIM) có bệnh phổi kẽ, điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương và Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1/2022 đến tháng 4/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân chẩn đoán xác định viêm cơ vô căn và xơ cứng bì và có bệnh phổi kẽ trên HRCT ngực. Tất cả các bệnh nhân được đưa ra hội chẩn đa chuyên khoa để chẩn đoán CTD-ILD:

+ 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 - IIM và phân loại viêm da cơ - DM, viêm đa cơ - PM theo tiêu chuẩn của ACR/EULAR 2017.

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

2.1.2. 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: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn, không có tiêu chuẩn loại trừ được chọn vào nghiên cứu.

- Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân được khám 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, đo chức năng hô hấp 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 [2], chia ra 04 hình thái tổn thương trên HRCT ngực như sau: Viêm phổi kẽ thông thường (Usual Interstitial Pneumonia - UIP); Viêm phổi kẽ không đặc hiệu (Nonspecific Interstitial Pneumonia - NSIP); Viêm phổi tổ chức hóa (Organizing Pneumonia - OP) và Viêm phổi kẽ Lympho (Lymphoid Interstitial Pneumonia - LIP).

+ Đánh giá rối loạn thông khí hạn chế:

. Theo dõi rối loạn thông khí hạn chế khi FVC < 80% số lý thuyết và tỉ lệ FEV₁/FVC ≥ 0,7.

. Xác định rối loạn thông khí hạn chế khi TLC < 80% số lý thuyết và tỉ lệ FEV₁/FVC ≥ 0,7.

- 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.

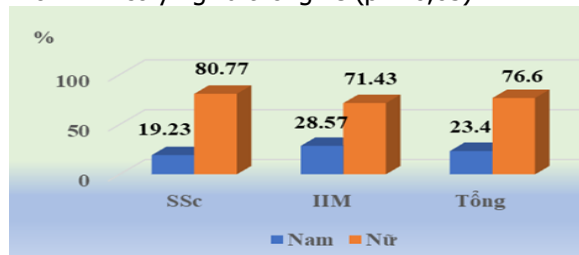
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm phân bố độ tuổi bệnh nhân nghiên cứu

Bệnh	SSc (N ₁ = 26)		IIM (N ₂ = 21)		p
	n ₁	%	n ₂	%	
Độ tuổi < 40	1	3,84	2	9,52	> 0,05
40 - 49	2	7,69	3	14,29	< 0,05
50 - 59	9	34,62	10	47,62	< 0,05
≥ 60	14	53,85	6	28,57	< 0,05

$\bar{X} \pm SD$	59,88 ± 7,95	54,09 ± 9,49	< 0,05
------------------	--------------	--------------	--------

Nhận xét: Bệnh nhân của cả hai nhóm đều thường gặp độ tuổi > 50. Trong khi nhóm bệnh nhân IIM thường gặp hơn ở độ tuổi 50 - 59, độ tuổi hay gặp hơn của nhóm SSc là ≥ 60 (p < 0,05). Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân SSc cao hơn nhóm IIM có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).



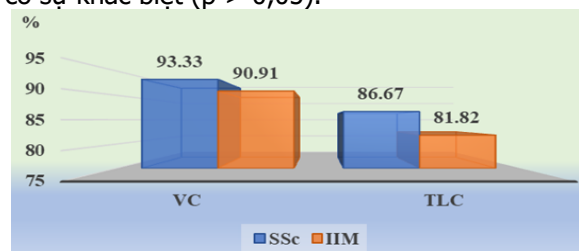
Biểu đồ 3.1. Đặc điểm giới bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét: Bệnh nhân chủ yếu là nữ giới ở cả hai nhóm bệnh (80,77% và 71,43%). Không có sự khác biệt về giới giữa hai nhóm.

Bảng 3.2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng cơ quan hô hấp

Triệu chứng	Bệnh SSc (N ₁ = 26)		Bệnh IIM (N ₂ = 21)		p
	n ₁	%	n ₂	%	
Ho	20	76,92	16	76,19	> 0,05
Khạc đờm	11	42,31	9	42,86	> 0,05
Khó thở	23	88,46	20	95,23	> 0,05
Ran nổ	24	92,31	20	95,23	> 0,05
Suy hô hấp	4	15,38	6	28,57	< 0,05

Nhận xét: Triệu chứng hô hấp hay gặp nhất ở cả 2 nhóm là ran nổ và khó thở. Nhóm bệnh nhân IIM có tỷ lệ suy hô hấp cao hơn có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Các triệu chứng khác không có sự khác biệt (p > 0,05).



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ rối loạn thông khí hạn chế theo FVC và TLC

Nhận xét: Đa số bệnh nhân ở cả hai nhóm bệnh có rối loạn thông khí hạn chế. Tỷ lệ chẩn đoán rối loạn thông khí hạn chế thấp hơn khi bệnh nhân được đo TLC. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân (p > 0,05).

Bảng 3.3. Đặc điểm chức năng hô hấp

Triệu chứng	Bệnh SSc (N ₁ = 26)	Bệnh IIM (N ₂ = 21)	p
-------------	--------------------------------	--------------------------------	---

FVC ($\bar{X} \pm SD$) (%SLT)	63,07 ± 16,45	58,31 ± 16,33	> 0,05
FEV ₁ ($\bar{X} \pm SD$) (%SLT)	65,88 ± 16,19	61,55 ± 16,80	> 0,05
TLC (%SLT)	60,25 ± 13,62	67,03 ± 16,08	> 0,05

Nhận xét: Giá trị trung bình của FVC và TLC của cả hai nhóm bệnh nhân giảm, tương ứng với rối loạn thông khí hạn chế mức độ trung bình. Không có sự khác biệt về đặc điểm chức năng hô hấp của 2 nhóm bệnh nhân.

Bảng 3.4. Đặc điểm các loại tổn thương trên HRCT ngực

Tổn thương cơ bản	Bệnh SSc (N ₁ = 26)		Bệnh IIM (N ₂ = 21)		p
	n ₁	%	n ₂	%	
Lưới	25	96,25	18	85,72	> 0,05
Kính mờ	23	88,46	15	71,43	< 0,05
Giãn phế quản co kéo	13	50,00	9	52,85	> 0,05
Đông đặc	5	19,23	11	52,38	< 0,05
Tổ ong	6	26,09	3	14,29	> 0,05
Kén	1	3,85	0	0	1

Nhận xét: Tổn thương cơ bản hay gặp nhất ở cả hai nhóm bệnh nhân là tổn thương dạng lưới (96,25% ở nhóm bệnh nhân SSc và 85,72% ở nhóm bệnh nhân IIM). Trong khi tổn thương dạng kính mờ gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân SSc (88,46%), tổn thương đông đặc gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân IIM (52,38%) có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Bảng 3.5. Đặc điểm hình thái tổn thương trên HRCT ngực

Hình thái	Bệnh SSc (N ₁ = 26)		Bệnh IIM (N ₂ = 21)		p
	n ₁	%	n ₂	%	
NSIP	18	69,2	10	47,6	< 0,05
UIP	5	19,2	2	9,5	> 0,05
OP	3	11,6	9	42,9	< 0,05
LIP	0	0,0	0	0,0	1

Nhận xét: Hình thái tổn thương NSIP gặp nhiều nhất trong cả 2 bệnh (69,2% và 47,6%). Trong bệnh xơ cứng bì, hình thái NSIP chiếm tỷ lệ cao hơn, còn trong bệnh viêm cơ vô căn hình thái OP chiếm tỷ lệ cao hơn.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tuổi, giới nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Đặc điểm về độ tuổi bệnh nhân trong nghiên cứu này tương đồng với một số kết quả nghiên cứu trong nước và trên thế giới. Alhamad và cộng sự (2013) đã nghiên cứu 330 bệnh nhân ILD, kết quả nhóm CTD-ILD có tuổi trung bình là 55,3 ± 14,3 [3]. Nghiên cứu của Đào Phương Thúy và cộng sự (2023) trên

102 bệnh nhân CTD-ILD tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai cũng cho kết quả tương đồng, với tuổi trung bình là $57,29 \pm 11,55$ tuổi [4]. Trong nghiên cứu này, số lượng bệnh nhân tăng lên dần theo nhóm tuổi. Trong khi nhóm bệnh nhân IIM thường gặp hơn ở độ tuổi 50 - 59, độ tuổi hay gặp hơn của nhóm SSc là ≥ 60 ($p < 0,05$). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trần Ngọc Anh (2022) với nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm 47,4%. Bên cạnh đó, các bệnh nhân mắc IIM có tổn thương phổi kẽ có độ tuổi trung bình thấp hơn so với nhóm bệnh nhân SSc, là một yếu tố tiên lượng xấu của bệnh nhân. Chính vì vậy, việc tầm soát tổn thương phổi kẽ cho nhóm bệnh nhân IIM là cần thiết, giúp cho việc tiên lượng và điều trị bệnh nhân. Tương tự các nghiên cứu trước đây, nhóm bệnh nhân mắc bệnh SSc và IIM trong nghiên cứu này cũng gặp nhiều ở nữ giới [3], [4].

4.2. Đặc điểm triệu chứng hô hấp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Alhamad và cộng sự (2013) với triệu chứng cơ năng hay gặp nhất lần lượt là khó thở (86%), ho (77%), khạc đờm (50%) [3]. Nghiên cứu của Đào Phương Thúy và cộng sự (2023) cũng cho kết quả tương tự với các triệu chứng cơ năng thường gặp là khó thở (90,2%), ho khan (41,2%), ho đờm (44,1%) [4].

Ran nổ là triệu chứng phát hiện sớm tình trạng xơ phổi của bệnh phổi kẽ. Ran nổ trong bệnh phổi kẽ có tính chất nhỏ hạt, khô đanh cuối thì hít vào tập trung vùng đáy phổi và vùng lưng. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ bệnh nhân có nghe tiếng ran nổ cao ở cả 2 nhóm (92,31% và 95,23%), tương tự với kết quả của Đào Phương Thúy và cộng sự (2023) với 85,3% bệnh nhân có ran nổ tại phổi [4]. Kết quả này cho thấy các bệnh nhân nghiên cứu đã có tình trạng xơ phổi, thể hiện tình trạng tổn thương phổi kẽ đã có từ lâu.

Bệnh phổi kẽ có thể gây biến chứng suy hô hấp, ảnh hưởng đến tính mạng bệnh nhân mắc SSc và IIM, là yếu tố tiên lượng nặng của bệnh, liên quan đến diện tích tổn thương. Nhóm bệnh nhân IIM có tỷ lệ suy hô hấp cao hơn có ý nghĩa thống kê (28,57% và 15,38%). Nghiên cứu của Nguyễn Minh Anh và cộng sự (2020) trên nhóm bệnh nhân viêm da cơ có viêm phổi kẽ cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân suy hô hấp là 25,0% [5]. Như vậy, các bệnh nhân mắc bệnh IMM thường có tổn thương có tổn thương rộng hơn, dễ dẫn đến tình trạng suy hô hấp, cần phải kiểm tra sớm mức độ tổn thương để điều trị, giúp cải thiện tiên lượng cho người bệnh.

4.3. Đặc điểm chức năng hô hấp. Thăm dò chức năng hô hấp là một phần quan trọng

trong đánh giá tình trạng tổn thương phổi kẽ nhằm đánh giá tình trạng ban đầu, theo dõi tiến triển và tiên lượng bệnh. Đặc điểm bất thường về chức năng hô hấp thường gặp trong bệnh phổi kẽ là rối loạn thông khí hạn chế biểu hiện bằng sự sụt giảm tổng dung tích phổi (TLC). Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân có rối loạn thông khí hạn chế, không có bệnh nhân rối loạn thông khí tắc nghẽn. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Alhamad và cộng sự (2013) có kết quả %TLC lần lượt là $60,6 \pm 16,9$ %SLT [3]. Ngoài ra, tỷ lệ chẩn đoán xác định rối loạn thông khí hạn chế khi đo TLC thấp hơn khi so với nhóm nghi ngờ khi đo bằng FVC. Như vậy, cần chú ý đo thể tích ký thân cho các bệnh nhân mắc SSc và IIM có tổn thương phổi kẽ để đánh giá chính xác tình trạng rối loạn thông khí của bệnh nhân, giúp cho việc điều trị vật lý trị liệu và hô hấp liệu pháp, giúp phục hồi chức năng hô hấp.

4.4. Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính ngực. Bệnh phổi kẽ trong giai đoạn đầu thường kín đáo, khó phát hiện trên lâm sàng vì vậy HRCT là một thăm dò giúp chẩn đoán chính xác, phát hiện sớm tổn thương phổi kẽ, đặc biệt những bệnh nhân không có biểu hiện triệu chứng ở phổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương cơ bản hay gặp nhất ở cả hai nhóm bệnh nhân là tổn thương dạng lưới (96,25 và 85,72%). Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Hu Y. và cộng sự (2016) với tổn thương gặp nhiều nhất là tổn thương lưới (88,5%) [6]. Bên cạnh đó, tổn thương dạng kính mờ gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân SSc (88,46%) còn tổn thương đông đặc gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân IIM (52,38%), có thể liên quan đến tình trạng viêm phổi tổ chức hóa. Kết quả này phù hợp với kết quả lâm sàng, khi bệnh nhân IIM có tỷ lệ suy hô hấp cao hơn. Đặc điểm này phù hợp kết quả nghiên cứu của Vũ Thị Thúy (2022) [7].

Phân tích hình ảnh HRCT, kết quả thấy rằng NSIP là hình thái tổn thương gặp nhất trong cả 2 bệnh SSc và IIM. Hình thái NSIP gặp tỷ lệ cao hơn ở nhóm bệnh nhân SSc, trong khi bệnh nhân IIM có hình thái OP cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Vũ Thị Thúy (2022) với tỷ lệ NSIP, OP, UIP lần lượt là 67,5%, 12,5% và 15,0% [7]. Hình thái tổn thương trong nghiên cứu của này cũng phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới (Bảng 4.1).

Bảng 4.1. Hình thái tổn thương phổi kẽ trên phim HRCT ngực của các bệnh mô liên

kết trên thế giới

Biểu hiện	RA	SSC	SS	SLE	IIM	MC TD
ILD	++	+++	++	+	+++	++
NSIP	++	+++	++	++	+++	++
UIP	+++	+	+	+	+	+
OP	++	+	+	+	+++	+
LIP	+	-	++	+	-	-
Hình thái phổ biến	UIP > NSIP = OP	NSIP >> UIP	NSIP >> UIP	NSIP > UIP = OP	NSIP = OP > UIP	NSIP > OP = UIP

*Nguồn: Theo Ahuja và cộng sự (2016) [8]

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 26 bệnh nhân xơ cứng bì toàn thể (SSc) và 21 bệnh nhân viêm cơ vô căn (IIM) có tổn thương phổi kẽ điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương và Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1/2022 đến tháng 4/2024, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau: Bệnh nhân thường là nữ, tuổi trung niên, có khó thở và ran nổ, rối loạn thông khí hạn chế, tổn thương lưới và hình thái NSIP trên HRCT ngực. Bệnh nhân IIM hay gặp

suy hô hấp và đông đặc phổi, tiên lượng xấu hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kaul B., Cottin V., Collard H.R., et al. (2021), "Variability in Global Prevalence of Interstitial Lung Disease", *Front Med (Lausanne)*, 8:751181.
2. Meyer K.C. (2014), "Diagnosis and management of interstitial lung disease", *Transl Respir Med*, 2:4.
3. Alhamad E.H. (2013), "Interstitial lung diseases in Saudi Arabia: A single-center study", *Ann Thorac Med*, 8(1):33-7.
4. Đào Phương Thủy, Phan Thu Phương (2023), "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*, 522(2):102-107.
5. Nguyễn Minh Anh, Hoàng Thị Lâm (2020), "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm da cơ vô căn có viêm phổi kẽ tại bệnh viện Bạch Mai, 2019-2020", *Tạp chí Y học dự phòng*, 30(6):170-176.
6. Hu Y., Wang L.S., Wei Y.R., et al (2016), "Clinical Characteristics of Connective Tissue Disease-Associated Interstitial Lung Disease in 1,044 Chinese Patients", *Chest*, 149(1):201-208.
7. Vũ Thị Thủy (2022), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị của Krebs von den lungen-6 (KL-6) trong chẩn đoán viêm phổi kẽ tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ năm 2020-2022", *Luận văn thạc sĩ y học*, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Ahuja J., Arora D., Kanne J.P., et al (2016), "Imaging of Pulmonary Manifestations of Connective Tissue Diseases", *Radiol Clin North Am*, 54(6):1015-1031.

KẾT QUẢ CẤY GHÉP IMPLANT MUỘN BÁN PHẦN TRÊN BỆNH NHÂN THIẾU XƯƠNG CÓ SỬ DỤNG BỘ SANTA

Nguyễn Phú Thắng¹, Đàm Văn Việt², Nguyễn Thị Việt Thành^{1,3}, Nguyễn Thị Hạnh⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả cấy ghép implant muộn với kỹ thuật tái tạo xương có hướng dẫn, sử dụng bộ SANTA trên bệnh nhân mất răng bán phần. **Đối tượng và phương pháp:** 23 người bệnh với 28 vị trí cấy ghép implant muộn đồng thời với kỹ thuật GBR và sử dụng bộ SANTA. Kích thước xương che phủ implant được đo trên phim Cone beam CT (CBCT) chụp tại hai thời điểm: ngay sau cấy ghép và sau 06 tháng lành thương. **Kết quả:** Sau ghép xương, kích

thước xương che phủ implant trên phim CBCT tăng, cụ thể theo chiều cao $4,43 \pm 1,57$ mm, theo chiều ngoài trong tại mặt phẳng platform của implant là $2,83 \pm 0,87$ mm và cách mặt platform 2,0 mm về phía chóp của implant là $3,53 \pm 1,13$ mm. **Kết luận:** Kết quả của nghiên cứu đã cho thấy kết quả về mặt lâm sàng sau cấy ghép xương đã được phục hồi tối ưu vùng thiếu xương để che phủ toàn bộ implant, chứng tỏ việc kết hợp giữa kỹ thuật GBR và SANTA là có hiệu quả. **Từ khóa:** Tái tạo xương có hướng dẫn, bộ SANTA.

SUMMARY

RESULTS OF LATE IMPLANTATION IN PATIENTS WITH ALVEOLAR DEFECT USING GUIDE REGENERATION BONE TECHNIQUE AND SANTA

Objective: To evaluate the effect of guided bone regeneration (GBR) combined with SANTA on patients with late implantation. **Subjects and methods:** 23 patients with 28 implant sites with GBR technique and

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

³Nha khoa Jet Dentist

⁴Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Việt Thành

Email: drvietthanh303@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025