

- American Epilepsy Society 2018. *Epilepsy Curr.* May-Jun 2019;19(3):152-158. doi:10.1177/1535759719844486
5. Fisher RS, Cross JH, D'Souza C, et al. Instruction manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure types. *Epilepsia.* Apr 2017;58(4):531-542. doi:10.1111/epi.13671
 6. Leitingner M, Gaspard N, Hirsch LJ, et al. Diagnosing nonconvulsive status epilepticus: Defining electroencephalographic and clinical response to diagnostic intravenous antiseizure medication trials. *Epilepsia.* Sep 2023;64(9):2351-2360. doi:10.1111/epi.17694
 7. Leitingner M, Trinka E, Giovannini G, et al. Epidemiology of status epilepticus in adults: A population-based study on incidence, causes, and outcomes. *Epilepsia.* Jan 2019;60(1):53-62. doi:10.1111/epi.14607
 8. Gillinder L, Warren N, Hartel G, Dionisio S, O'Gorman C. EEG findings in NMDA encephalitis - A systematic review. *Seizure.* Feb 2019;65:20-24. doi:10.1016/j.seizure.2018.12.015
 9. Alldredge BK, Gelb AM, Isaacs SM, et al. A comparison of lorazepam, diazepam, and placebo for the treatment of out-of-hospital status epilepticus. *N Engl J Med.* Aug 30 2001;345(9):631-7. doi:10.1056/NEJMoa002141
 10. Trinka E, Hofler J, Zerbs A, Brigo F. Efficacy and safety of intravenous valproate for status epilepticus: a systematic review. *CNS Drugs.* Jul 2014; 28(7): 623-39. doi:10.1007/s40263-014-0167-1

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH XƠ CỨNG BÌ HỆ THỐNG TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

Phạm Thị Minh Phương¹, Phùng Thị Chuyên², Trần Thị Huyền^{1,2}

TÓM TẮT

Xơ cứng bì hệ thống (XCBHT) là bệnh tự miễn thường gặp thứ hai sau lupus ban đỏ hệ thống. Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiền cứu này thực hiện trên 81 bệnh nhân XCBHT nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng của bệnh tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. Kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nữ là 75,3%, tuổi trung bình là $49,81 \pm 12,22$. Thể XCBHT có tổn thương da lan toả chiếm 66,7%, thể có tổn thương da giới hạn chiếm 33,3%. Các thương tổn da gồm có sưng nề bàn, ngón tay (54,3%), khó há miệng (49,4%), rối loạn sắc tố da (49,4%), ngứa hăm lưỡi (14,8%) và calci hóa dưới da (4,9%). Biểu hiện dày da nặng nhất ở bàn ngón tay với điểm mRSS của ngón tay là $3,56 \pm 1,21$ điểm, của bàn tay là $2,84 \pm 1,46$ điểm, vùng da đùi bụng ít bị dày nhất. Có 65,4% bệnh nhân có điểm mRSS trên 14 điểm. Các tổn thương đầu chi gồm Raynaud (90,1%), sẹo rỗ đầu ngón (63%), loét đầu ngón (18,5%), hoại tử đầu ngón (13,6%), giãn mạch (39,5%). Triệu chứng sẹo rỗ đầu ngón, triệu chứng lâm sàng đường hô hấp và tim mạch hay gặp ở thể lan toả hơn so với thể giới hạn, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$.

Từ khóa: Xơ cứng bì hệ thống, kháng thể kháng Scl-70, hội chứng Raynaud, điểm mRSS

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF SYSTEMIC SCLEROSIS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

Systemic sclerosis (SSC) is the second most common autoimmune disease after systemic lupus erythematosus. This retrospective and prospective cross-sectional study was conducted on 81 SSC patients to describe some clinical characteristics of the disease at the National Hospital of Dermatology and Venereology. The results showed that the proportion of female patients was 75.3%, the average age was 49.81 ± 12.22 years. SSC with diffuse skin lesions accounted for 66.7%, and limited skin lesions accounted for 33.3%. Skin lesions included swelling of the hands and fingers (54.3%), difficulty opening the mouth (49.4%), cutaneous pigmentation disorders (49.4%), short frenulum (14.8%) and subcutaneous calcification (4.9%). The most severe skin thickening was on the fingers with mRSS score of 3.56 ± 1.21 points, 2.84 ± 1.46 points for the hands, and the least thickened skin was on the thighs and abdomen. 65.4% of patients had mRSS score above 14 points. Extremity lesions included Raynaud's phenomenon (90.1%), pitting scars on the fingertips (63%), ulcers on the fingertips (18.5%), necrosis on the fingertips (13.6%), and telangiectasia (39.5%). Symptoms of pitting scars, of the respiratory and cardiovascular systems were more common in the diffuse form than in the limited form, the difference was significant with $p < 0.05$. **Keywords:** Systemic sclerosis, anti-Scl-70 antibody, Raynaud's phenomenon, mRSS score

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ cứng bì hệ thống (XCBHT, systemic sclerosis) là bệnh tự miễn thường gặp thứ hai sau lupus ban đỏ hệ thống, chủ yếu gặp ở giới nữ (75-80 %), tần số mắc bệnh khoảng 1-2/10000 dân. Điều trị bệnh hiện vẫn gặp nhiều khó khăn với tiên lượng nặng và tỷ lệ tử vong cao.¹ Các biểu hiện lâm sàng của bệnh đa dạng, thường có dày da, xơ cứng da, hiện tượng

¹Bệnh viện Da liễu Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Huyền

Email: drhuyentran@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025

Raynaud, loét đầu chi, trào ngược dạ dày thực quản, bệnh phổi kẽ và rối loạn chức năng của tim.² Nguyên nhân gây bệnh còn chưa rõ ràng, nhưng hầu hết các nghiên cứu đã tìm ra mối liên hệ giữa yếu tố di truyền và các yếu tố môi trường. Dựa vào mức độ tổn thương của da, XCBHT được phân thành hai thể: thể giới hạn và thể lan tỏa. Hai thể khác nhau chủ yếu về mức độ tổn thương da, tự kháng thể và tổn thương của các cơ quan.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng của bệnh xơ cứng bì hệ thống tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 1/2020 đến tháng 07/2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Là các bệnh nhân được chẩn đoán xác định XCBHT theo tiêu chuẩn chẩn đoán EULAR 2013³ tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán là XCBHT theo tiêu chuẩn EULAR 2013 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiền cứu.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, phù hợp với tiêu chuẩn. Bệnh nhân XCBHT đủ tiêu chuẩn lựa chọn đến khám và điều trị tại khoa Điều trị nội trú ban ngày - Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 1/2020 đến tháng 07/2022, bao gồm 81 bệnh nhân.

Nội dung và quy trình thu thập thông tin: Quy trình thu thập thông tin bắt đầu bằng việc phỏng vấn và khám lâm sàng. Thu thập các thông tin cá nhân như tên, tuổi, giới tính, nghề nghiệp. Khám lâm sàng tập trung vào đánh giá tổn thương da như dày da, cứng da, teo da, rối loạn sắc tố, đánh giá độ dày da theo điểm Rodnan sửa đổi (modified Rodnan skin score, mRSS).⁴ Đánh giá các thương tổn da khác như độ mở miệng tối đa, độ mở ngón tay, độ nắm ngón tay, phù nề bàn ngón tay, tổn thương loét và hoại tử đầu ngón, sẹo rỗ đầu ngón, giãn mạch, hiện tượng Raynaud (tê bì, buốt, lạnh, đầu chi khi gặp lạnh, loét, hoại tử đầu chi) cũng như phát hiện các tổn thương tại các cơ quan khác nếu có.

Thực hiện các xét nghiệm để chẩn đoán: Xét nghiệm miễn dịch Scl-70, các xét nghiệm khác nhằm phát hiện các tổn thương ở các cơ quan khác như phổi, tim, thận.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập và xử lý theo chương trình SPSS 16.0. Các số liệu định lượng được biểu hiện dưới dạng trung bình, độ lệch; các số liệu định tính được

biểu hiện dưới dạng tỷ lệ phần trăm. Kiểm định so sánh: đối với biến định tính trong cùng một nhóm dùng test McNemar, so sánh giữa hai nhóm sử dụng test so sánh Chi-square, nếu kỳ vọng lý thuyết nhỏ hơn 5 thì sử dụng Fisher's exact test. Đối với biến định lượng, sử dụng t-test cho hai mẫu độc lập. Các so sánh có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu viên đảm bảo thực hiện quy trình phù hợp với tuyên ngôn Helsinki về đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức về nghiên cứu y sinh, Bệnh viện Da liễu Trung ương, theo quyết định số 374/HĐĐĐ-BVDLTW.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 81 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là XCBHT tham gia nghiên cứu, với 75,3% là nữ và độ tuổi trung bình là $49,81 \pm 12,22$. Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu này là nông dân (chiếm 64,2%), 11,1% là viên chức, các ngành nghề khác chiếm 16%. Thể XCBHT có tổn thương da lan tỏa chiếm 66,7%, thể XCBHT có tổn thương da giới hạn chiếm 33,3%.

Bảng 1. Đặc điểm của các thể lâm sàng (n=81)

Đặc điểm	Thể giới hạn (n=27)	Thể lan tỏa (n=54)	p
Tuổi khởi phát (năm)	$37,7 \pm 12,6$	$50,2 \pm 12,3$	$<0,001$
Thời gian mắc bệnh (năm)	$4,9 \pm 5,01$	$2,7 \pm 3,43$	$<0,05$
mRSS	$8,07 \pm 6,53$	$20,4 \pm 5,47$	$<0,001$
Scl-70 dương tính (%)	37,0	81,5	$<0,001$

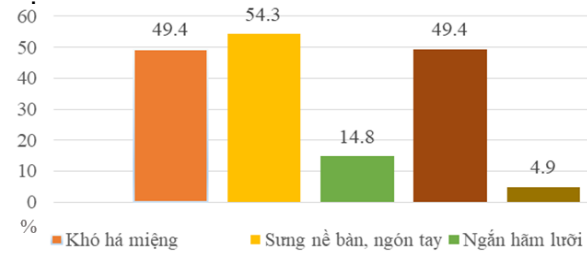
Bảng 1 cho thấy bệnh nhân XCBHT thể lan tỏa có thời gian mắc bệnh ngắn hơn nhưng tuổi khởi phát bệnh, điểm mRSS, tỉ lệ kháng thể kháng Scl-70 cao hơn so với thể giới hạn.

Bảng 2. Điểm dày da theo mRSS (n=81)

TT	Vùng cơ thể	$\bar{X} \pm SD$
1	Mặt	$1,07 \pm 0,54$
2	Ngực	$0,63 \pm 0,69$
3	Bụng	$0,53 \pm 0,74$
4	Cánh tay	$1,5 \pm 1,28$
5	Cẳng tay	$1,92 \pm 1,24$
5	Bàn tay	$2,84 \pm 1,46$
6	Ngón tay	$3,56 \pm 1,21$
8	Đùi	$0,76 \pm 1,28$
9	Cẳng chân	$1,34 \pm 1,48$
10	Bàn chân	$2,1 \pm 1,5$

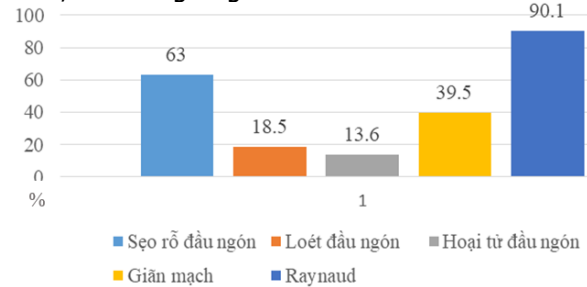
Bảng 2 cho thấy biểu hiện dày da nặng nhất ở bàn ngón tay với điểm dày da trung bình của ngón tay $3,56 \pm 1,21$ điểm, bàn tay $2,84 \pm 1,46$

điểm, vùng da đùi bụng ít bị dày nhất. Có 65,4% bệnh nhân điểm có mRSS trên 14 điểm.



Biểu đồ 1. Các tổn thương da thường gặp (n=81)

Biểu đồ 1 cho thấy các tổn thương da hay gặp ở các bệnh nhân XCBHT là sưng nề bàn, ngón tay (54,3%), khó há miệng (49,4%), rối loạn sắc tố (49,4%). Thương tổn ngắn hãm lưỡi và calci hóa dưới da ít gặp hơn với tỷ lệ 14,8% và 4,9% tương ứng.



Biểu đồ 2. Các thương tổn mạch máu thường gặp

Biểu đồ 2 cho thấy các tổn thương mạch máu hay gặp ở các bệnh nhân XCBHT là Raynaud (90,1%), sẹo rỗ đầu ngón (63%), giãn mạch (39,5%). Thương tổn hoại tử đầu ngón và loét đầu ngón ít gặp hơn với tỷ lệ 13,6% và 18,5% tương ứng.

Bảng 3. Các thương tổn da và mạch máu thường gặp theo thể bệnh (n=81)

Triệu chứng	Thể giới hạn (n=27)		Thể lan tỏa (n=54)		p
	n	%	n	%	
Khó há miệng	11	40,7	29	53,7	p>0,05
Sưng nề bàn, ngón tay	15	55,6	29	53,7	p>0,05
Ngắn hãm lưỡi	3	11,1	9	16,7	p>0,05
Calci hóa dưới da	1	3,7	3	5,6	p>0,05
Giãn mạch	8	29,6	24	44,4	p>0,05
Rối loạn sắc tố	0	0	40	74,1	p>0,05
Raynaud	24	88,9	49	90,7	p>0,05
Sẹo rỗ đầu ngón	4	14,8	47	87	p<0,05
Loét đầu ngón	3	11,1	12	22,2	p>0,05
Hoại tử đầu ngón	1	3,7	10	18,5	p>0,05

Bảng 3 cho thấy triệu chứng sẹo rỗ đầu ngón hay gặp ở thể lan tỏa hơn so với thể giới hạn.

Bảng 4. Thương tổn các cơ quan khác theo thể bệnh (n=81)

Triệu chứng	Thể giới hạn (n=27)		Thể lan tỏa (n=54)		p
	n	%	n	%	
Tiểu hóa	20	74,1	42	77,8	>0,05
Hô hấp	6	22,2	48	88,9	<0,05
Tim mạch	3	11,1	32	59,3	<0,05
Khớp	16	59,3	32	59,3	>0,05
Tiết niệu	0	0	0	0	>0,05

Bảng 4 cho thấy triệu chứng lâm sàng đường hô hấp và tim mạch hay gặp ở thể lan tỏa hơn so với thể giới hạn, sự khác biệt có ý nghĩa với p<0,05.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả tại bảng 1 cho thấy bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống thể giới hạn có tuổi khởi phát bệnh sớm hơn thể lan tỏa (37,7 tuổi so với 50,6 tuổi), p<0,001. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi giống với nghiên cứu của Perera (2007)⁵ (36 tuổi và 47tuổi, p<0,001); khác với nghiên cứu của Atsushi Hashimoto (2012)⁶ trên 405 bệnh nhân (47,5 tuổi và 45 tuổi, p<0,05); của Walker (2007)⁷ trên 3450 bệnh nhân (42,9 tuổi và 42,9 tuổi, >0,05). Như vậy, các nghiên cứu có sự khác nhau về tuổi khởi phát bệnh ở bệnh nhân thể giới hạn và thể lan tỏa. Và sự khác nhau này cũng có thể do sự khác biệt trong cách chọn mẫu hay theo tính chất địa dư từng khu vực, trình độ chẩn đoán, phát hiện sớm bệnh.

Kết quả của chúng tôi cho thấy thời gian mắc bệnh của thể lan tỏa ngắn hơn thể giới hạn (2,7 năm so với 4,9 năm) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Kết quả này phù hợp với hầu hết các nghiên cứu trong y văn, cho rằng bệnh nhân xơ cứng bì thể lan tỏa thường khởi phát bệnh muộn nhưng lại có tốc độ tiến triển dày da nhanh. Do vậy, thời điểm được chẩn đoán bệnh ở bệnh nhân thể lan tỏa thường sớm (trung bình một năm sau khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên của bệnh), trong khi bệnh nhân thể giới hạn thường được chẩn đoán muộn sau 6-8 năm kể từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên của bệnh.

Kết quả bảng 1 cũng cho thấy mức độ tổn thương dày da ở bệnh nhân thể lan tỏa nặng hơn thể giới hạn, thể hiện qua sự khác biệt điểm mRSS một cách có ý nghĩa (20,3 so với 8,07, <0,001). Kết quả này giống nghiên cứu của Walker (2007),⁷ Kevin J Keen (2012).⁸ Mỗi liên quan giữa mức độ tổn thương da (điểm mRSS) với tổn thương một số cơ quan nội tạng (phổi, tim) đã được chỉ ra trong nghiên cứu của Phạm Thị Tuyền (2012).⁹

Nghiên cứu của chúng tôi còn cho thấy tỉ lệ kháng thể kháng Scl-70 dương tính ở bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống thể lan tỏa cao hơn thể giới hạn một cách có ý nghĩa (81,5% so với 18,5%, $p < 0,001$). Kết quả này phù hợp với hầu hết các nghiên cứu trong y văn, Hasegawa (2013),¹⁰ Atsushi Hashimoto (2012),⁶ Kevin J Keen (2012),⁸ Perera (2007),⁵ cho thấy kháng thể kháng Scl-70 gặp chủ yếu ở bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống thể lan tỏa và nồng độ kháng thể có tương quan đồng biến với điểm mRSS, tương quan nghịch biến với thời gian bệnh. Ngược lại, kháng thể kháng centromere gặp chủ yếu ở thể giới hạn, không liên quan với tổn thương da và nội tạng.

Xơ cứng bì có nghĩa là cứng da, là dấu hiệu lâm sàng chính của bệnh XCBHT. Thay đổi da thường bắt đầu ở các ngón tay và bàn tay: ban đầu là sưng đầu ngón tay, thường do viêm khớp, có thể xuất hiện trước dày da dẫn đến tình trạng viêm khớp không rõ ràng trước khi được chẩn đoán, tổn thương lan dần lên ngón tay, bàn tay, cẳng tay và dần dần da trở nên cứng. Mức độ dày da phụ thuộc vào loại XCBHT và thời gian mắc bệnh. Theo thời gian, quá trình này có thể ổn định (XCBHT giới hạn) hoặc tiếp tục tiến triển lan đến cánh tay, ngực, cổ, bụng và thân mình (XCBHT lan tỏa). Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ sưng nề bàn, ngón tay (54,3%) tương đương nghiên cứu của Park (2015), với 53,1%.³

Các thay đổi ngoài da khác bao gồm da sáng bóng hoặc thay đổi sắc tố, da tăng sắc tố gây sạm da, mất sắc tố làm cho da giống như bị bạch biến, xơ cứng dây chằng hãm lưỡi gây ngấn hãm lưỡi, lắng đọng calci dưới da. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ bệnh nhân bị rối loạn sắc tố da (74,1%) cao hơn các tác giả khác: Coral-Alvarado (2008) nghiên cứu trên 349 bệnh nhân cho thấy calci hóa dưới da chiếm 26,4%, giảm sắc tố da 17,4%, tăng sắc tố da 18,6%.¹¹ Nguyên nhân của sự khác biệt này có thể do Việt Nam nằm ở vùng nhiệt đới, đa số bệnh nhân là nông dân hoặc lao động chân tay nên thường xuyên phải tiếp xúc với ánh nắng mặt trời, do đó da dễ bị biến đổi màu sắc.

Kết quả ở bảng 2 về điểm mRSS cho thấy điểm dày da ngón tay là $3,56 \pm 1,21$; bàn tay $2,84 \pm 1,46$; bàn chân $2,1 \pm 1,5$; cẳng tay $1,92 \pm 1,24$; mặt: $1,07 \pm 0,54$; ngực: $0,63 \pm 0,69$; điểm dày da trung bình là $16,3 \pm 8,2$; có 64,2% bệnh nhân có điểm mRSS trên 14 điểm. Kết quả của chúng tôi tương tự như các tác giả Diab (2014),¹² Walker (2007)⁷ và thấp hơn tác giả Volpinari (2011),¹³ cao hơn kết quả của Hachulla (2005),¹⁴ do các tác giả này nghiên cứu cả bệnh nhân XCBHT lan tỏa và khu trú. Điểm tổn

thương da ở mức 14 điểm là giá trị giới hạn để đánh giá tổn thương da lan tỏa và có liên quan đến viêm phế nang của phổi.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy triệu chứng đường tiêu hóa (nuốt nghẹn, táo bón, đi lỏng) là biểu hiện lâm sàng hay gặp nhất ở XCBHT, chiếm 76,5%, kết quả này giống nghiên cứu của Monaco (2011) với 75,4%,¹⁵ cao hơn nghiên cứu của Atsushi Hashimoto (2012) với 46,2%.⁶ Kết quả bảng 4 cho thấy triệu chứng tiêu hóa ở thể giới hạn và thể lan tỏa là 74,1% và 77,8% tương ứng, không có sự khác biệt ($p > 0,05$), kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Perera (2007),⁵ nhưng nghiên cứu của Hashimoto (2012) chỉ ra rằng tổn thương đường tiêu hóa hay gặp ở thể lan tỏa hơn so với thể giới hạn (59,3% so với 39,6%; $p < 0,001$).⁶ Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ, số lượng bệnh nhân thể giới hạn ít nên chưa chỉ ra được mối liên quan giữa tổn thương đường tiêu hóa với mức độ tổn thương da.

V. KẾT LUẬN

Trong bệnh XCBHT, các tổn thương hay gặp là sưng nề bàn, ngón tay, khó há miệng, rối loạn sắc tố da, ngấn hãm lưỡi và calci hóa dưới da. XCBHT thể lan tỏa có thời gian bệnh ngắn hơn nhưng tuổi khởi phát bệnh, điểm mRSS, tỉ lệ kháng thể kháng Scl-70 cao hơn so với thể giới hạn. Triệu chứng seọ rỗ đầu ngón, triệu chứng lâm sàng đường hô hấp và tim mạch hay gặp ở thể lan tỏa hơn so với thể giới hạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lowell AG, Stephen IK, Barbara G, Ami S.** Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Mc Graw Hill. 2012;2:3190.
2. **Hadson M, Fritzler MJ.** Diagnostic criteria of systemic sclerosis. J Autoimmun. 2014;48-49:38-41. doi:10.1016/j.jaut.2013.11.004
3. **Park JS, Park MC, Song JJ, Park YB, Lee SK, Lee SW.** Application of the 2013 ACR/EULAR classification criteria for systemic sclerosis to patients with Raynaud's phenomenon. Arthritis Res Ther. 2015;17(1):77. doi:10.1186/s13075-015-0594-5
4. **Khanna D, Furst DE, Clements PJ, et al.** Standardization of the modified Rodnan skin score for use in clinical trials of systemic sclerosis. J Scleroderma Relat Disord. 2017;2(1):11-18. doi:10.5301/jsrd.5000231
5. **Perera A, Fertig N, Lucas M, et al.** Clinical subsets, skin thickness progression rate, and serum antibody levels in systemic sclerosis patients with anti-topoisomerase I antibody. Arthritis Rheum. 2007;56(8):2740-2746. doi:10.1002/art.22747
6. **Hashimoto A, Endo H, Kondo H, Hirohata S.** Clinical features of 405 Japanese patients with systemic sclerosis. Mod Rheumatol. 2012;22(2):272-279. doi:10.1007/s10165-011-0515-7
7. **Walker UA, Tyndall A, Czirják L, et al.** Clinical

- risk assessment of organ manifestations in systemic sclerosis: a report from the EULAR Scleroderma Trials And Research group database. *Ann Rheum Dis.* 2007;66(6):754-763. doi:10.1136/ard.2006.062901
8. **Keen KJ, Eeden SF van, Dunne JV.** Limited Cutaneous and Diffuse Cutaneous Scleroderma: Circulating Biomarkers Differentiate Lung Involvement. *Rheumatol Curr Res.* 2012;0(0):1-7. doi:10.4172/2161-1149.S1-006
9. **Phạm Thị Tuyền.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, mối liên quan giữa tổn thương da với nội tạng ở bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa II; 2012.
10. **Hasegawa M, Imura-Kumada S, Matsushita T, Hamaguchi Y, Fujimoto M, Takehara K.** Anti-topoisomerase I antibody levels as serum markers of skin sclerosis in systemic sclerosis. *J Dermatol.* 2013;40(2):89-93. doi:10.1111/1346-8138.12030

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH COPD ĐỢT CẤP ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP NĂM 2023

Nguyễn Duy Tùng¹, Phạm Thị Mai¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đợt cấp điều trị tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu với phương pháp chọn mẫu thuận tiện không xác suất, bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng có tới 99,4% người bệnh vào viện do ho tăng, 98,3% do khạc đờm tăng, 98,2% do khó thở tăng và 89,3% do đờm mủ. Triệu chứng thực thể thường gặp nhất là rì rào phế nang giảm chiếm 90,5%, ran rít 51,2%, ran ngáy 42,9% và 31% ran ẩm. Triệu chứng thể hiện mức độ nặng của bệnh như co kéo cơ hô hấp chiếm tỷ lệ tương đối cao 61,3%. Triệu chứng cận lâm sàng: 49,4% người bệnh có chỉ số bạch cầu tăng, tổn thương hay gặp nhất trên hình ảnh X-quang phổi là phổi bấn (24,4%), ứ khí ở phổi (4,8%). **Kết luận:** Phân loại theo Anthonisen: Đa số bệnh nhân vào viện trong tình trạng nặng 90,5%; mức độ trung bình là 7,1%; mức độ nhẹ 2,4%.

Từ khóa: COPD, đợt cấp.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF COPD PATIENTS WITH ACUTE EXAMINATIONS TREATED AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL IN 2023

Objectives: Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease treated at Viet Tiep Friendship Hospital. **Methods:** Cross-sectional, prospective descriptive study with non-probability convenience sampling method, pre-designed research medical records. **Results:** Clinical characteristics: 99.4% of patients were hospitalized due to increased cough, 98.3% due to increased sputum production,

98.2% due to increased dyspnea and 89.3% due to purulent sputum. The most common physical symptoms were decreased breath sounds in 90.5%, wheezing in 51.2%, snoring in 42.9% and moist rales in 31%. Triệu chứng thể hiện mức độ nặng của bệnh như co kéo cơ hô hấp chiếm tỷ lệ tương đối cao 61,3%. Triệu chứng cận lâm sàng: 49,4% người bệnh có chỉ số bạch cầu tăng, tổn thương hay gặp nhất trên hình ảnh X-quang phổi là phổi bấn (24,4%), ứ khí ở phổi (4,8%). **Conclusion:** Classification according to Anthonisen: Most patients were admitted to the hospital in severe condition 90.5%; moderate condition 7.1%; mild condition 2.4%.

Keywords: COPD, acute exacerbation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính hay còn gọi là COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) là nguyên nhân gây tử vong hàng thứ ba trên toàn thế giới, gây ra 3,23 triệu ca tử vong vào năm 2019 [1]. Tỷ lệ mắc COPD ở những người từ 30-79 tuổi cao nhất ở khu vực Tây Thái Bình Dương (11,7%) và thấp nhất ở khu vực châu Mỹ (6,8%) [2].

Đợt cấp COPD là tình trạng biến đổi cấp tính đặc trưng bởi sự xấu đi của các triệu chứng hô hấp vượt quá dao động bình thường hàng ngày đòi hỏi phải thay đổi điều trị. Bệnh nhân COPD với những đợt cấp thường xuyên có sự suy giảm chức năng phổi nhanh hơn, chất lượng cuộc sống thấp hơn, viêm đường hô hấp gia tăng và tỷ lệ tử vong cao hơn. Vi khuẩn và vi rút là nguyên nhân chính của đợt cấp COPD [3], 50 - 70% đợt cấp là do nhiễm vi khuẩn, vi rút đường hô hấp; 10% là do yếu tố môi trường bao gồm khói bụi, chất khí độc hại và lên tới 30% không xác định được nguyên nhân [4, 5]. Người bệnh có đợt cấp thường xuyên sẽ để lại hậu quả là giảm chức năng thông khí phổi, giảm khả năng gắng sức, tăng chi phí chăm sóc sức khỏe, chất lượng cuộc sống giảm sút và đồng nghĩa với thời

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Tùng

Email: duytungndun@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 24.4.2025