

- 10.1186/s40842-015-0001-9
4. **Tài liệu hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường typ 2** theo qđ 5481/qđ-byt ngày 30/12/2020. tài liệu hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường typ 2 theo qđ 5481/qđ-byt ngày 30/12/2020.
 5. **KDOQI Clinical Practice Guideline for Diabetes and CKD: 2012 Update.** American Journal of Kidney Diseases. 2012;60(5):850-886. doi:10.1053/j.ajkd.2012.07.005
 6. **Association AD. Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes—2021.** Diabetes Care. 2021;44 (Supplement 1):S73-S84. doi:10.2337/dc21-S006
 7. **Lê Thị Phương Huệ, Nguyễn Khoa Diệu Vân** "Khảo sát tình trạng ha đường huyết và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có giảm mức lọc cầu thận < 60ml/phút".
 8. **Lê Xuân Cảnh.** Thực trạng kiểm soát glucose máu và một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân cao tuổi đái tháo đường typ2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Hữu Nghị. Published online 2017.
 9. **Subramanyam K, Gosavi S, Tenneti D, Murgod R.** Evaluation of the Role of HBA1c in Chronic Kidney Disease. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2018;12:BC01-BC04.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA TỔN THƯƠNG PHỔI VÀ MỘT SỐ TỰ KHÁNG THỂ TRONG BỆNH XƠ CỨNG BÌ

Nguyễn Thị Thanh Hoa¹, Nguyễn Thị Phương Thủy¹, Đoàn Thị Phương Lan²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan giữa tổn thương phổi và một số tự kháng thể trong bệnh xơ cứng bì. **Đối tượng nghiên cứu:** 65 bệnh nhân được chẩn đoán XCB theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2013 tại Khoa Cơ xương khớp, Trung tâm Hồ Hấp, bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Da Liễu Trung ương. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu và kết luận:** 73,8% bệnh nhân tham gia nghiên cứu có tổn thương phổi, trong đó BPMK đơn thuần chiếm tỉ lệ cao nhất (35,4%), BPMK phổi hợp với TAĐMP chiếm 26,2%, TAĐMP đơn thuần 6,2%, BPMK phổi hợp với TDMP chiếm 3,1%. Bệnh phổi mô kẽ chủ yếu gặp trong XCB toàn thể, không có sự khác biệt về tỉ lệ TAĐMP và TDMP giữa các thể XCB. Tự kháng thể Scl-70 gặp nhiều trong XCB toàn thể, kháng thể kháng Centromere gặp nhiều trong XCB khu trú. Có mối liên quan giữa bệnh phổi kẽ với kháng thể kháng Scl-70, tăng áp động mạch phổi với kháng thể kháng Centromere.

Từ khóa: Xơ cứng bì, tổn thương phổi, tự kháng thể.

SUMMARY

THE ASSOCIATION BETWEEN LUNG INJURY AND SOME AUTOANTIBODIES IN SCLERODERMA

Objective: To investigate the association between lung injury and some autoantibodies in scleroderma. **Subjects of the study:** 65 patients diagnosed with scleroderma according to ACR/ EULAR 2013 standards and treated at the Respiratory center, Rheumatology department in Bach Mai hospital and in National

hospital of Dermatology and Venereology. **Methods:** Prospective, cross-sectional study. **Results and conclusion:** 73.8% of patients participating in the study had lung damage, of which ILD alone accounted for the highest percentage (35.4%), ILD combined with PAH accounted for 26.2%, PAH alone 6.2%, ILD in collaboration with PE accounted for 3.1%. Interstitial lung disease is mainly seen in generalized scleroderma, there is no difference in the rates of PAH and PE between scleroderma types. Scl70 autoantibodies are common in generalized scleroderma, anti-Centromere antibodies are common in focal scleroderma. There is an association between ILD and anti-Scl70 antibodies, PAH and anti-Centromere antibodies.

Keywords: Scleroderma, lung injury, autoantibodies.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ cứng bì (XCB) là bệnh mô liên kết hệ thống chưa rõ nguyên nhân với ba tổn thương đặc trưng gồm: bệnh lý các mạch máu nhỏ, sản xuất các tự kháng thể, rối loạn chức năng của nguyên bào sợi và lắng đọng collagen quá mức ở tổ chức ngoại bào. Trên lâm sàng, bệnh nhân thường có biểu hiện về da như da dày, cứng, mất khả năng đàn hồi và tổn thương các cơ quan nội tạng. Trên 80% bệnh nhân XCB có tổn thương phổi, là biến chứng nội tạng có tần suất đứng thứ hai sau tổn thương thực quản [3]. Tổn thương phổi hay gặp là bệnh phổi mô kẽ (BPMK), tăng áp lực động mạch phổi (TAĐMP) và tràn dịch màng phổi (TDMP). BPMK được chẩn đoán bằng chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao (HRCT) của lồng ngực, thường gặp trong XCB toàn thể. TAĐMP được chẩn đoán dựa vào siêu âm Doppler tim và thường gặp trong XCB thể khu trú. TDMP gặp ở cả xơ cứng bì toàn thể và khu trú nhưng không phổ biến (tỉ lệ dưới 10%)

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Hoa

Email: nguyenthanhhoaytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2022

Ngày duyệt bài: 22.8.2022

và ít có biểu hiện triệu chứng lâm sàng [3]. Theo kết quả của nhiều nghiên cứu về bệnh XCB, các tự kháng thể có vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của bệnh, chẩn đoán và tiên lượng bệnh. Trong đó, kháng thể kháng centromere và kháng thể kháng Topoisomerase I (Scl-70) là những tự kháng thể đặc hiệu với bệnh xơ cứng bì. Kháng thể kháng centromere gặp chủ yếu trong XCB thể khu trú, có liên quan đến tăng áp động mạch phổi. Kháng thể kháng Scl-70 gặp chủ yếu trong XCB toàn thể và làm tăng nguy cơ bị bệnh phổi mô kẽ [4]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về mối liên quan giữa tự kháng thể và tổn thương nội tạng ở bệnh nhân xơ cứng bì, đặc biệt là mối liên quan đến tổn thương phổi còn rất ít. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Khảo sát mối liên quan giữa tổn thương phổi và một số tự kháng thể trong bệnh xơ cứng bì.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Gồm 65 bệnh nhân XCB được chẩn đoán xác định theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2013. Thời gian tiến hành nghiên cứu từ tháng 10/2021 đến tháng 07/2022. Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Cơ xương khớp và Trung tâm Hồ Hấp của Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Da Liễu Trung ương.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân được chẩn đoán xác định xơ cứng bì có tổn thương phổi do nguyên nhân khác như lao, ung thư, nhiễm khuẩn, nhiễm nấm...

+ Bệnh nhân được chẩn đoán xơ cứng bì có kèm theo bệnh hệ thống khác như lupus ban đỏ hệ thống, viêm khớp dạng thấp, viêm cơ tự miễn.

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng và làm các xét nghiệm, cận lâm sàng cần thiết theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Biến số nghiên cứu:

• Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng gồm: Tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, thể bệnh (XCB toàn thể và XCB khu trú), đánh giá độ dày da theo thang điểm mRSS và hội chứng Raynaud, tổn thương cơ xương khớp, tổn thương cơ quan nội tạng (tim mạch, hô hấp, tiêu hóa, thận). Các bệnh lý kèm theo (đái tháo đường, tăng huyết áp, gout, rối loạn mỡ máu). Xét nghiệm công thức máu, creatinine, men gan, chỉ số viêm CRP hs, tổng phân tích nước tiểu.

• Các thuốc điều trị: Corticosteroid, thuốc ức chế miễn dịch (liều lượng, thời gian dùng thuốc).

• Đặc điểm tổn thương phổi: bệnh phổi mô kẽ, tăng áp động mạch phổi, tràn dịch màng phổi, chỉ số đo phế thân ký (FVC, FEV1, FEV1/FVC, TLC), chụp Xquang ngực thẳng, chụp HRCT lồng ngực.

• Đặc điểm các tự kháng thể đặc hiệu trong bệnh XCB: Sự xuất hiện và mật độ tín hiệu của một số tự kháng thể: Kháng thể kháng nhân, kháng thể kháng Scl-70, kháng thể kháng centromere, các kháng thể kháng RP11, RP155, Pm/Scl 75, Pm/Scl 100.

- *Xử lý số liệu:* Bằng phần mềm SPSS 20.0 với các test thống kê thường dùng trong y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm tổn thương phổi của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

- Nhóm bệnh nhân nghiên cứu gặp nhiều nhất ở lứa tuổi từ 41 - 60 tuổi (chiếm tỉ lệ 56,9%). Tuổi trung bình là $50,58 \pm 13,63$, chủ yếu là nữ giới (chiếm tỉ lệ 75,38%) với nữ/nam = 3,1/1.

- XCB toàn thể chiếm chủ yếu với tỉ lệ 66,2%, XCB khu trú chiếm tỉ lệ 33,8%. Trong các tổn thương nội tạng, tổn thương phổi chiếm tỉ lệ 73,8%.

Bảng 3.1. Đặc điểm tổn thương phổi ở bệnh nhân xơ cứng bì (n=65)

		Chỉ số	n	%
Triệu chứng lâm sàng		Khó thở	39	60
		Ho	28	43,1
		Đau ngực	9	13,8
		Rales ở phổi	11	16,9
Loại tổn thương phổi		Bệnh phổi mô kẽ (BPMK)	23	35,4
		Tăng áp động mạch phổi (TAĐMP)	4	6,2
		Tràn dịch màng phổi (TDMP)	0	0
		Phối hợp BPMK và TAĐMP	17	26,2
		Phối hợp BPMK và TDMP	2	3,1
		Phối hợp TAĐMP và TDMP	1	1,5
	Phối hợp BPMK, TAĐMP và TDMP	1	1,5	

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất trong tổn thương phổi là khó thở (60%). Loại tổn thương phổi thường gặp nhất là BPMK đơn thuần chiếm tỉ lệ 35,4%, TAĐMP đơn thuần là 6,2%, BPMK phối hợp với TAĐMP chiếm 26,2% và phối hợp với TDMP chiếm 3,1%. Không có bệnh nhân TDMP đơn thuần, 1 bệnh nhân (1,5%) gặp cả 3 dạng tổn thương phổi là BPMK, TAĐMP và TDMP.

Bảng 3.2. Tỷ lệ các tổn thương phổi theo thể lâm sàng của XCB

Loại tổn thương phổi		XCB toàn thể (n = 43)		XCB thể khu trú (n = 22)		p
		n	%	n	%	
Bệnh phổi mô kể	Có (n = 43)	35	81,4	8	36,4	0,000
	Không (n = 22)	8	18,6	14	63,6	
Tăng áp lực động mạch phổi	Có (n = 23)	18	41,9	5	22,7	0,173
	Không (n = 42)	25	58,1	17	77,3	
Tràn dịch màng phổi	Có (n = 4)	3	7,0	1	4,5	0,583
	Không (n = 61)	40	93,0	21	95,9	

Nhận xét: Tỷ lệ gặp BPMK ở bệnh nhân xơ cứng bì toàn thể (81,4%) cao hơn so với nhóm bệnh nhân xơ cứng bì thể khu trú (36,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ TADMP và TDMP gặp ở 2 nhóm bệnh nhân XCB toàn thể và XCB thể khu trú khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2. Môi liên quan giữa tổn thương phổi và một số tự kháng thể trong bệnh xơ cứng bì

Bảng 3.3. Phân bố các tự kháng thể theo thể lâm sàng của XCB

Tự kháng thể	XCB thể khu trú (n = 22)		XCB toàn thể (n = 43)		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Kháng thể kháng nhân	15	23,1	23	35,4	0,297
Kháng thể kháng Scl 70	4	6,2	25	38,5	0,003
Kháng thể kháng CENP A	9	13,8	10	15,4	0,159
Kháng thể kháng CENP B	11	16,9	10	15,4	0,048
Kháng thể kháng RP 11	2	3,1	6	9,2	0,706
Kháng thể kháng RP 155	3	4,6	7	10,8	0,544
Kháng thể kháng Pm/Scl 75	1	1,5	8	12,3	0,152
Kháng thể kháng Pm/Scl 100	1	1,5	8	12,3	0,152

Nhận xét: Kháng thể kháng Scl-70 gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân XCB toàn thể so với nhóm bệnh nhân XCB thể khu trú ($p < 0,05$). Tuy nhiên, nhóm XCB thể khu trú có tỷ lệ kháng thể kháng CENP B dương tính cao hơn so với nhóm XCB toàn thể ($p < 0,05$).

Bảng 3.4. Môi liên quan giữa bệnh phổi mô kể và một số tự kháng thể của XCB

Tự kháng thể	Bệnh phổi kể		p	OR	95% CI
	n	%			
Anti - ANA	26	53,1	0,571	0,765	0,126-4,645
Kháng thể kháng Scl-70	24	49,0	0,040	2,526	1,417-15,297
Kháng thể kháng CENP A	8	16,3	0,017	0,229	1,039-1,349
Kháng thể kháng CENP B	9	18,4	0,036	0,132	0,021-0,841
Kháng thể kháng RP 11	7	14,3	0,678	0,972	0,098-9,645
Kháng thể kháng RP 155	8	16,3	0,698	1,143	0,117-11,177
Kháng thể kháng PM/Scl 75	6	12,2	0,625	0,811	0,080-8,200
Kháng thể kháng PM/Scl 100	6	12,2	0,625	0,811	0,080-8,200

Nhận xét: Tỷ lệ xuất hiện BPMK ở nhóm bệnh nhân có kháng thể kháng Scl-70 dương tính cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có kháng thể kháng Scl-70 ($p < 0,05$). Tỷ lệ BPMK ở nhóm bệnh nhân không có kháng thể kháng centromere cao hơn so với nhóm bệnh nhân có kháng thể kháng centromere dương tính ($p < 0,05$).

Bảng 3.5. Liên quan giữa TADMP và một số tự kháng thể của XCB

Tự kháng thể	Tăng áp động mạch phổi		p	OR	95% CI
	n	%			
Kháng thể kháng nhân	13	20,00	0.510	0.884	0.316-2.474
Kháng thể kháng Scl-70	11	16,92	0.796	1.222	0.440-3.393
Kháng thể kháng CENP A	9	13,85	0.025	2.057	1.686-6.167
Kháng thể kháng CENP B	11	16,92	0.045	2.933	1.993-8.666
Kháng thể kháng RP 11	4	6,15	0.439	2.000	0.450-0.886
Kháng thể kháng RP 155	4	6,15	0.733	1.263	0.317-5.030

Kháng thể kháng PM/ScI 75	4	6,15	0.709	1.558	0.374-6.487
Kháng thể kháng PM/ScI 100	4	6,15	0.709	1.558	0.374-6.487

Nhận xét: Tỷ lệ xuất hiện TAĐMP ở nhóm bệnh nhân có kháng thể kháng centromere dương tính cao hơn so với nhóm bệnh nhân có kháng thể kháng centromere âm tính ($p < 0,05$).

Bảng 3.6. Môi liên quan giữa TDMP và một số tự kháng thể của XCB

Tự kháng thể	Trần dịch màng phổi		p	OR	95% CI
	n	%			
Kháng thể kháng nhân	3	6,1	0,649	2,000	0,193-20,722
Kháng thể kháng ScI-70	2	4,1	0,647	0,875	0,113-6,767
Kháng thể kháng CENP A	3	6,1	0,031	13,875	1,273-151,230
Kháng thể kháng CENP B	3	6,1	0,052	10,500	0,982-112,298
Kháng thể kháng RP 11	3	6,1	0,011	24,000	2,078-277,200
Kháng thể kháng RP 155	3	6,1	0,016	19,500	1,732-219,489
Kháng thể kháng PM/ScI 75	0	0	0,621	0	0
Kháng thể kháng PM/ScI 100	0	0	0,621	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ xuất hiện TDMP ở nhóm bệnh nhân có các kháng thể kháng CENP A, kháng RP11 và kháng RP155 dương tính cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có các kháng thể này ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tổn thương phổi của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi gồm 65 bệnh nhân được chẩn đoán xác định xơ cứng bì, có tuổi trung bình là $50,58 \pm 13,63$ tuổi, trong đó độ tuổi từ 41-60 chiếm tỷ lệ cao nhất (56,9%) với tỷ lệ nữ/nam là 3,1/1. XCB toàn thể chiếm chủ yếu với tỷ lệ 66,2%, XCB thể khu trú chiếm 33,8%. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Lưu Phương Lan (2016) trên 106 bệnh nhân XCB tại bệnh viện Bạch Mai: tuổi trung bình của bệnh nhân là $52,5 \pm 12,3$ trong đó 58,5% bệnh nhân độ tuổi từ 40 đến 60, tỷ lệ nữ/nam = 3,6/1 [1].

Trong các tổn thương nội tạng, tổn thương phổi là một biểu hiện rất quan trọng và thường gặp của XCB. Theo kết quả một số nghiên cứu, 80% bệnh nhân XCB có bằng chứng của tổn thương phổi trong đó, bệnh phổi mô kẽ là tổn thương thường gặp trong XCB toàn thể. Tỷ lệ hiện mắc bệnh phổi mô kẽ khoảng 52% ở XCB toàn thể và 31% ở XCB thể khu trú [3]. TAĐMP thường gặp trong XCB thể khu trú, tỷ lệ tăng áp động mạch phổi ở bệnh nhân XCB khoảng 15% [3]. Nghiên cứu của Lưu Phương Lan (2016) cho kết quả tổn thương phổi kẽ chiếm 76,4%, tăng áp lực động mạch phổi là 26,4%, phổi hợp tổn thương phổi mô kẽ và tăng áp động mạch phổi là 20,8% [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương phổi chiếm 73,8%. Loại tổn thương phổi thường gặp nhất là BPMK đơn thuần chiếm tỷ lệ 35,4%. BPMK phổi hợp với TAĐMP chiếm tỷ lệ 26,2% và phổi hợp với TDMP chiếm tỷ lệ 3,1%. Không có bệnh nhân TDMP đơn thuần và có 1 bệnh nhân gặp cả 3 dạng tổn thương phổi. Tỷ lệ bệnh phổi mô kẽ gặp trong XCB toàn thể là 81,4% cao hơn XCB khu trú (36,4%) có ý nghĩa

thống kê với $p < 0,05$. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ TAĐMP và TDMP giữa nhóm bệnh nhân XCB toàn thể và khu trú.

4.2. Môi liên quan giữa tổn thương phổi và một số tự kháng thể trong bệnh XCB.

Các nghiên cứu cho thấy, kháng thể kháng centromere và kháng thể kháng ScI-70 là những tự kháng thể đặc hiệu liên quan đến xơ cứng bì. Kháng thể kháng centromere có liên quan đến XCB thể khu trú và tăng áp động mạch phổi. Kháng thể kháng ScI-70 có liên quan đến xơ cứng da lan tỏa và bệnh phổi mô kẽ. Không thấy có mối liên quan giữa trần dịch màng phổi và các tự kháng thể đặc hiệu của bệnh XCB [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mắc XCB toàn thể ở nhóm bệnh nhân có kháng thể kháng ScI-70 dương tính cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có kháng thể này. Tỷ lệ mắc XCB thể khu trú ở nhóm bệnh nhân có kháng thể kháng CENP B dương tính cao hơn so với nhóm bệnh nhân có kháng thể CENP B âm tính ($p < 0,05$). Đồng thời, tỷ lệ xuất hiện BPMK ở nhóm bệnh nhân có kháng thể kháng ScI-70 cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có kháng thể này. Tỷ lệ xuất hiện TAĐMP ở nhóm bệnh nhân có kháng thể kháng centromere dương tính cao hơn so với nhóm bệnh nhân có kháng thể kháng centromere âm tính. Tỷ lệ xuất hiện TDMP ở nhóm bệnh nhân có các kháng thể kháng centromere, kháng RP11 và kháng RP155 dương tính cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có các kháng thể này ($p < 0,05$). Nhiều nghiên cứu trong nước và trên thế giới cũng đưa ra kết quả tương tự. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoa (2015) trên 100 bệnh nhân XCB cho thấy, kháng thể kháng ScI-70 gặp ở 75% bệnh nhân, chủ yếu trong XCB toàn thể và làm tăng nguy cơ tổn

thương phổi mô kẽ [2]. Theo nghiên cứu của STEEN và cs, 43% bệnh nhân XCB thể khu trú có kháng thể kháng centromere dương tính và làm tăng nguy cơ bị tăng áp động mạch phổi, 33% bệnh nhân XCB toàn thể có anti-Scl 70 dương tính và liên quan chặt chẽ đến bệnh phổi kẽ [4]. Nghiên cứu của Cattogio LJ và cộng sự (1993) trên 75 bệnh nhân xơ cứng bì cũng đưa ra kết luận kháng thể kháng Centromere liên quan đến XCB khu trú và tăng áp động mạch phổi, kháng thể kháng Scl-70 liên quan đến XCB toàn thể và bệnh phổi kẽ [5].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu khảo sát mối liên quan giữa tổn thương phổi và một số tự kháng thể trong bệnh xơ cứng bì của 65 bệnh nhân XCB điều trị tại Trung tâm Cơ xương khớp và Trung tâm Hồ Hấp, Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Da liễu Trung Ương, chúng tôi có một số kết luận sau:

- Tỷ lệ tổn thương phổi là 73,8% trong đó BPMK đơn thuần chiếm tỷ lệ 35,4%, TAĐMP đơn thuần là 6,2%, BPMK phối hợp với TAĐMP chiếm 26,2% và phối hợp với TDMP chiếm 3,1%. Bệnh phổi mô kẽ chủ yếu gặp trong XCB toàn thể, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ TAĐMP và TDMP giữa các thể lâm sàng của XCB.

- Kháng thể kháng Scl-70 gặp chủ yếu trong XCB toàn thể, kháng thể kháng centromere gặp

nhều trong XCB thể khu trú. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về sự xuất hiện của các tự kháng thể khác theo thể lâm sàng của XCB.

- Tỷ lệ BPMK ở nhóm bệnh nhân có kháng thể kháng Scl-70 dương tính cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có kháng thể này và TAĐMP ở nhóm bệnh nhân có kháng thể kháng centromere dương tính cao hơn so với nhóm bệnh nhân có kháng thể kháng centromere âm tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lưu Phương Lan (2016)**. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chức năng thông khí phổi trên bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống. Luận văn tiến sĩ y học. Trường đại học Y Hà Nội
2. **Nguyễn Thị Hoa (2015)**. Mối liên quan giữa kháng thể kháng Topoisomerase I với tổn thương một số cơ quan trong bệnh xơ cứng bì hệ thống. Luận văn thạc sĩ y học. Trường đại học Y Hà Nội.
3. **Ingegnoli F, Ughi N, Mihai C**. Update on the epidemiology, risk factors, and disease outcomes of systemic sclerosis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2018;32(2):223-240. doi:10.1016/j.berh.2018.08.005.
4. **Steen VD, Powell DL, Medsger TA**. Clinical correlations and prognosis based on serum autoantibodies in patients with systemic sclerosis. *Arthritis Rheum*. 1988;31(2):196-203. doi:10.1002/art.1780310207.
5. **Cattogio LJ, Bernstein RM, Black CM, Hughes GR, Maddison PJ**. Serological markers in progressive systemic sclerosis: clinical correlations. *Ann Rheum Dis*. 1983;42(1):23-27. doi:10.1136/ard.42.1.23.

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: PHẪU THUẬT BỆNH NHÂN VẾT THƯƠNG THẤU PHỔI VÀ THẤU TIM DO TỰ ĐÂM KẾT HỢP BỎNG THỰC QUẢN DO CHẤT TẮY RỬA

Hoàng Mạnh Vững*, Nguyễn Hải Ghi*

TÓM TẮT

Tổng quan: Vết thương tim là một cấp cứu tối khẩn cấp hiểm gặp nhưng lệ tử vong cao. Một số báo cáo cho thấy tỷ lệ tử vong trước viện khoảng 94% và tử vong khoảng 50% trong thời gian nằm viện. Việc cấp cứu và phẫu thuật khẩn cấp có vai trò quan trọng trong việc cứu sống bệnh nhân và cải thiện tiên lượng. Chúng tôi báo cáo 1 bệnh nhân được phẫu thuật thành công vết thương tim do tự đâm kết hợp bỏng thực quản do chất tẩy rửa. **Ca lâm sàng:** Bệnh nhân nam, 46 tuổi được đưa vào viện cấp cứu với nhiều vết

thương do dao đâm vào thành trước ngực trái và phải. Bệnh nhân ngay lập tức được đưa vào phòng mổ để phẫu thuật mà không tháo ngay dị vật. Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật khẩn cấp, khâu vết thương nhu mô phổi, khâu tái tạo thành bên thất trái. **Bàn luận:** Chẩn đoán sớm và phẫu thuật nhanh chóng là những yếu tố quan trọng đối với bệnh nhân vết thương tim. Quá trình cầm máu phải được thực hiện kiên nhẫn từng bước một mà không lấy dị vật ra ngay lập tức. **Kết luận:** Trường hợp này nêu bật tầm quan trọng của việc điều trị phẫu thuật ngay để cứu sống những bệnh nhân vết thương nặng vùng lồng ngực.

Từ khóa: vết thương tim, cấp cứu, phẫu thuật khẩn cấp.

SUMMARY

CLINICAL CASE REPORT: SURGERY ON A PATIENT WITH SELF-INFLICTED HEART AND LUNG INJURIES COMBINED WITH

*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Mạnh Vững

Email: vunghm108b2@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2022

Ngày duyệt bài: 26.8.2022