

# XƠ PHỔI VÔ CĂN - TỔNG QUAN TÀI LIỆU VÀ BÁO CÁO CA BỆNH

Cung Văn Công\*

## TÓM TẮT

Xơ phổi vô căn (Idiopathic Pulmonary Fibrosis- IPF) là bệnh phổ biến nhất trong số các bệnh phổi kẽ vô căn, nguyên nhân chưa rõ. Các dấu hiệu và triệu chứng của nó tương đối không đặc hiệu, bệnh nhân thường có biểu hiện ho mạn tính, khó thở tiến triển, giảm oxy máu khi nghỉ ngơi hoặc gắng sức, và xuất hiện tiếng ran rít khi nghe tim phổi. Chẩn đoán xác định yêu cầu định dạng bệnh viêm phổi kẽ thông thường (usual interstitial pneumonia-UIP) và loại trừ các nguyên nhân đã biết của xơ phổi trên chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao (High Resolution Computed Tomography- HRCT) ngực hoặc sinh thiết phổi mở. Việc thảo luận đa ngành liên quan đến bác sĩ hô hấp, bác sĩ X quang và bác sĩ giải phẫu bệnh có chuyên môn về chẩn đoán IPF và các dạng bệnh phổi kẽ khác được khuyến khích và thường là bắt buộc. Quản lý, điều trị tập trung vào liệu pháp chống xơ hóa và giới thiệu bệnh nhân (BN) sớm đến các trung tâm ghép phổi là cần thiết. Chúng tôi giới thiệu ca bệnh IPF với đầy đủ các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, quy trình chẩn đoán và quản lý để bạn đọc cùng tham khảo.

**Từ khóa:** Bệnh nhu mô phổi lan tỏa; viêm phổi kẽ vô căn; xơ phổi vô căn; bệnh phổi kẽ; viêm phổi kẽ thông thường; Khó thở; Dung tích sống; Chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao.

## SUMMARY

### IDIOPATHIC PULMONARY FIBROSIS - LITERATURE REVIEW AND CASE REPORT

Idiopathic Pulmonary Fibrosis (IPF) is the most common of the idiopathic interstitial lung diseases of unknown etiology. Its signs and symptoms are relatively nonspecific, and patients typically present with a chronic cough, progressive dyspnea, hypoxemia at rest or during exercise, and crackles on auscultation. Definitive diagnosis requires identification of common interstitial pneumonia (UIP) and exclusion of known causes of pulmonary fibrosis on High Resolution Computed Tomography (HRCT) of the chest or open lung biopsy. Multidisciplinary discussion (MDD) involving pulmonologists, radiologists, and pathologists with expertise in the diagnosis of IPF and other forms of interstitial lung disease is encouraged and often required. Management, treatment focused on antifibrotic therapy and early referral of patients to lung transplant centers are necessary. We introduce IPF case with full clinical, paraclinical, diagnostic and management procedures for your reference.

**Keywords:** Diffuse parenchymal lung diseases

\**Bệnh viện Phổi trung ương*

Chịu trách nhiệm chính: Cung Văn Công

Email: vancong13071964@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2022

Ngày duyệt bài: 6.9.2022

(DPLD); idiopathic interstitial pneumonia (IIP); idiopathic pulmonary fibrosis (IPF); interstitial lung disease (ILD); usual interstitial pneumonia (UIP); Dyspnea; Forced vital capacity; High resolution computed tomography.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh xơ phổi vô căn (IPF) là một bệnh phổi kẽ (interstitial lung disease-ILD) tiến triển, khá phổ biến, không rõ nguyên nhân. Phần lớn bệnh nhân là nam giới, lớn tuổi có hút thuốc. Cơ chế bệnh sinh chính là sự phục hồi bất thường của tổn thương biểu mô và sự lắng đọng collagen ở khoảng kẽ. Viêm phổi mô kẽ không đặc hiệu do xơ, bệnh mô liên kết (connective tissue disease-CTD) đặc biệt là viêm khớp dạng thấp (rheumatoid arthritis-RA) liên quan đến ILD, và viêm phổi quá mẫn mạn tính (chronic hypersensitivity pneumonia-CHP) là những chẩn đoán phân biệt quan trọng với IPF.<sup>1-3</sup> Các triệu chứng chính là ho không có đờm và khó thở khi gắng sức tiến triển. Mệt mỏi, chán ăn, gầy sút, ngón tay dùi trống là những dấu hiệu hay gặp ở người bệnh. Các chất đánh dấu huyết thanh như lactate dehydrogenase (LDH) và Krebs von den Lungen-6 (KL-6) nhạy cảm với phát hiện ILD; xét nghiệm chức năng phổi (pulmonary function test - PFT) và xét nghiệm đi bộ 6 phút (6-minute walk test- 6MWT) đều là công cụ hữu ích để đánh giá sự tiến triển của IPF. Sự thay đổi nổi tiếp của dung tích sống tối đa (forced vital capacity- FVC) và 6MWT dự đoán tỷ lệ tử vong trong IPF. Các hướng dẫn quốc tế về IPF được công bố gần đây nêu bật tầm quan trọng của chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao (HRCT) ngực như hình tổ ong, giãn phế quản do kéo (traction bronchiectasis-TBE) và mờ lưới dưới màng phổi. IPF là mạn tính và tiến triển, do đó, theo dõi diễn tiến bệnh là rất quan trọng. Tổng nhất thông tin lâm sàng, sinh lý và hình ảnh theo thời gian là hữu ích. Từ bỏ thuốc lá, ăn uống lành mạnh, thể dục phù hợp, sử dụng oxy hợp lý kết hợp thuốc chống xơ hóa (như pirfenidone và nintedanib) là những vấn đề BN cần được biết và thực hiện. Những loại thuốc chống xơ hoá có tác dụng làm chậm sự suy giảm FVC và ngăn ngừa đợt cấp (acute exacerbation - AE).<sup>3-5</sup>

## II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nam, 67 tuổi, vào viện vì khó thở.

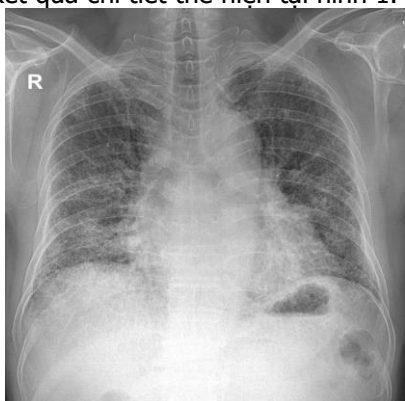
Bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá > 30 năm,

được chẩn đoán COPD và được quản lý tại đơn vị CMU tuyến tỉnh nhiều năm. Trong vòng 3 năm trở lại đây BN đã có 4 lần nhập viện vì có các đợt khó thở.

Cách thời gian vào viện 1 tháng bệnh nhân (BN) thấy xuất hiện ho nhiều, ho khan, không có đờm kèm khó thở nhất là khi vận động (gắng sức). Bệnh nhân thấy thường xuyên mệt mỏi, ăn ngủ kém, gầy sút (3 kg). Bệnh nhân đến viện khám, được chẩn đoán đợt cấp COPD, được vào nhập viện điều trị bằng phác đồ kháng sinh, chống viêm, corticoide, giãn phế quản không đỡ => chuyển bệnh viện Phổi trung ương.

Khám lúc vào viện: BN tỉnh, tiếp xúc tốt, khó thở, thở O xy Mask 8l/p; ho khan, không có đờm; thể trạng gầy (nặng 58kg/cao 1m70); da niêm mạc bình thường; không phù; không xuất huyết dưới da; mạch: 95 lần /phút; HA: 110/80 mmHg; không sốt; thở 25 lần /phút. Nghe phổi thấy giảm thông khí; rất nhiều ran nổ, ran ẩm; BN có các ngón tay hình dùi trống; Khám hệ vận động, có xương khớp không thấy gì bất thường; các bộ phận khác không thấy gì đặc biệt. BN đã được tiêm đủ 3 mũi vắc xin phòng và không có tiền sử nhiễm CoVid-19.

Bệnh nhân được chỉ định chụp phim X quang ngực. Kết quả chi tiết thể hiện tại hình 1.



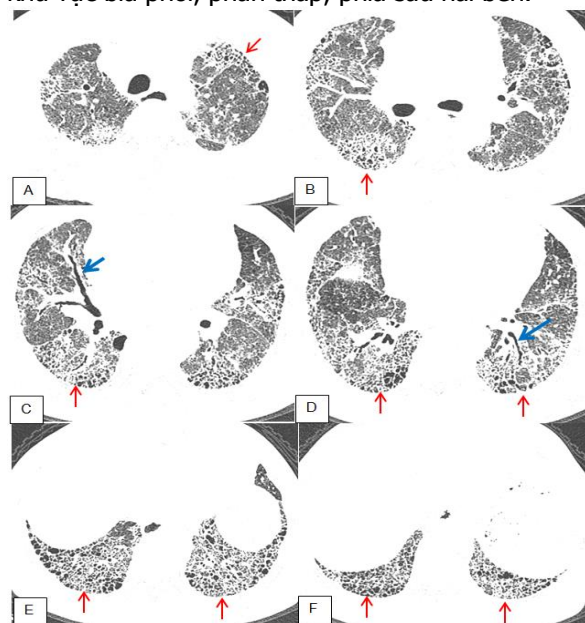
**Hình 1. X quang ngực khi BN mới vào viện**

Khí quản, phế quản gốc hai bên thấy rõ, thông thoáng. Lồng ngực hai bên cân đối, độ cao hai vòm hoành còn trong vị thể bình thường. Hai phổi mất độ sáng bình thường, xuất hiện hình mờ lưới lan toả diện rộng hai bên, ưu thế phần thấp, vùng quan sát bao gồm cả các túi cùng sườn - hoành sau.

Bệnh nhân đã được chụp cắt lớp vi tính ngực, kết quả chi tiết được thể hiện trong hình 2.

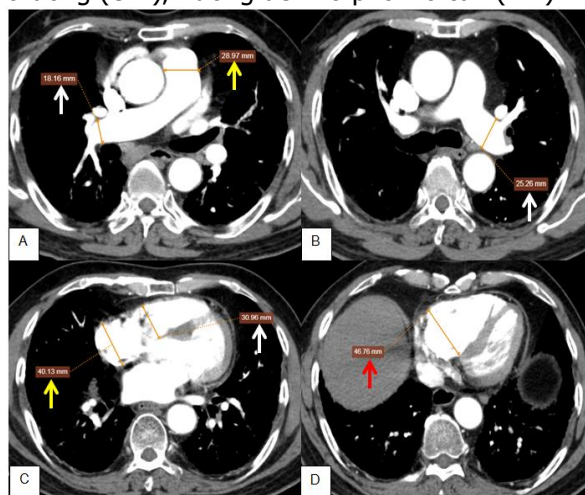
A-F: giảm đậm độ khí hai phổi (HU dao động từ - 480 đến - 560). Xuất hiện hình mờ lưới với việc dày lên của của mạng vách liên tiểu thùy, ưu thế ngoại vi, phần thấp, phía sau hai bên (các

mũi tên đỏ). C,D: hình giãn phế quản do bị kéo (mũi tên xanh). C,D,E,F: Hình tổ ong xếp từ 1-3 lớp khu vực bì phổi, phần thấp, phía sau hai bên.



**Hình 2. CT ngực, cửa sổ nhu mô, các lát từ trên xuống**

⇒ **Kết luận:** Kiểu hình viêm phổi kẽ thông thường (UIP), hướng đến xơ phổi vô căn (IPF).



**Hình 3. CT ngực, cửa sổ trung thất có tiêm cản quang, các lát từ trên xuống**

A: Số đo thân chung ĐMP không giãn (mũi tên vàng), song số đo thân ĐMP phải tăng (mũi tên trắng). B: Số đo thân ĐMP trái tăng (mũi tên trắng). Cả hai ĐMP mất tính thuận nhỏ. C: tăng kích thước thất phải (mũi tên trắng) và nhĩ phải (mũi tên vàng). D: ĐK thất phải tăng (mũi tên đỏ)

⇒ **Kết luận:** TD hình ảnh tăng áp thất phải, ĐMP (trước mao mạch)

BN đã được tiến hành làm các xét nghiệm (XN) thường qui cơ bản:

- Xét nghiệm CTM: BC 17.67 G/l; TT 89.4%; HC và TC trong giới hạn bình thường; CRP, PCT, máu lắng: Không tăng.

- Xét nghiệm sinh hoá máu: Các chỉ số trong giới hạn bình thường

- Xét sinh hoá nước tiểu: Không thấy bất thường  
- Đo CNHH: Rối loạn thông khí mức độ nhẹ  
- Đo khuếch tán khí CO qua màng mao mạch phế nang: Giảm mức độ nặng

- Test giãn phế quản: Rối loạn thông khí hạn chế  
- Điện tâm đồ: Nhịp xoang, trục phải, tần số 68 ck/phút

- Siêu âm tim: Tăng áp động mạch phổi mức độ vừa (ALĐMP ước tính 46 mmHg)

- Test đi bộ 6 phút (6-MWT), so sánh trước và sau test: Nhịp tim tăng từ 86 => 96 ck/p; Mức độ khó thở: Thang điểm mMRC đều ở mức 3, Borg đều ở mức 7; SpO2 giảm 90 => 88%. BN đi tổng 250m, sau 100 phải dừng lại để thở; thang điểm Borg mức 7 BN cảm thấy khó thở, mệt nhiều.

- Soi phế quản lấy dịch rửa phế quản (BAL): xét nghiệm tế bào học (theo Papanicolaou Society 2021) thấy chủ yếu biểu mô vảy của đường hô hấp trên (55%); thành phần tế bào viêm gồm Lympho bào (25%), BC trung tính (20%); không thấy tế bào ác tính.

Bệnh nhân được hội chẩn bởi hội đồng MDD, xác định đây là trường hợp viêm phổi kẽ (kiểu hình UIP); Các chẩn đoán phân biệt đã được Hội đồng nêu ra: Viêm phổi mô kẽ do bệnh mô liên kết (connective tissue disease-CTD) đặc biệt là viêm khớp dạng thấp (rheumatoid arthritis-RA) liên quan đếnILD, viêm phổi quá mẫn mạn tính (chronic hypersensitivity pneumonia-CHP) đã lần lượt được loại trừ. Đối chiếu với các tiêu chuẩn theo hướng dẫn của ATS; ERS; JRS; ALAT chẩn đoán UIP/IPF năm 2018 với các dấu hiệu:

1. Tuổi > 50.
  2. Khó thở khi gắng sức.
  3. Các biểu hiện bệnh ≥ 3 tháng.
  4. Ran nổ vùng hai đáy phổi.
  5. Không có các nguyên nhân của bệnh lý thâm nhiễm phổi như: phơi nhiễm hóa chất, sử dụng thuốc và bệnh lý mô liên kết.
  6. Bất thường test chức năng phổi: hạn chế và giảm trao đổi khí.
  7. HRCT có hình lưới, kính mờ lan toả, hình tổ ong nhiều lớp ưu thế ngoại vi, phần thấp, phía sau hai bên.
  8. Dịch rửa phế nang không thấy các bệnh lý khác.
- ⇒ **Xét thấy BN đã hội tụ đầy đủ các tiêu**

**chuẩn theo hướng dẫn, Hội đồng MDD đã đi đến thống nhất chẩn đoán cuối cùng:** Đợt cấp (AE) ca bệnh xơ phổi vô căn (IPF) chắc chắn, giai đoạn có tăng áp động mạch phổi mà không cần đến sinh thiết phổi mở.

**Hội đồng cũng đã đưa ra được phác đồ điều trị:**

- Kháng sinh phổi hợp (vì BN đang xuất hiện hội chứng viêm)

- Giãn phế quản

- Corticoide

- Dự phòng huyết khối ĐM phổi

- Thảo luận sử dụng thuốc chống xơ Nintedanib dựa trên chi phí mà người bệnh có thể đáp ứng được.

- Thảo luận với Trung tâm ghép phổi của bệnh viện và BN đã được đưa vào danh sách chờ ghép để có thể tiến hành ghép phổi khi điều kiện cho phép.

#### IV. BÀN LUẬN

Xơ phổi vô căn (IPF) là khá phổ biến trong các trường hợp viêm phổi kẽ thông thường (UIP). Trong khoảng 10 năm trở lại đây đã có những thay đổi đáng kể trong các hướng dẫn chẩn đoán UIP, IPF của rất nhiều các hiệp hội trên thế giới; trong số đó phải kể đến sự đóng góp của Hội Lồng ngực Hoa Kỳ (ATS), Hội Hô hấp Châu Âu (ERS), Hội Hô hấp Nhật Bản (JRS) và Hội Lồng ngực Mỹ Latinh (ALAT) đã đưa ra được hướng dẫn (Guideline) chẩn đoán UIP/IPF năm 2018.<sup>1</sup>

Muốn chẩn đoán được một trường hợp IPF trước hết phải xác định đó là trường hợp lâm sàng/kiểu hình của ca bệnh thuộc UIP. Hướng dẫn 2018 đã cập nhật các tiêu chí chẩn đoán cho IPF, các mẫu bệnh viêm phổi kẽ thông thường được xác định trước đây (UIP) đã được tinh chỉnh thành các mẫu: (1) UIP chắc chắn; (2) UIP có thể; và (3) UIP không xác định và/hoặc có chẩn đoán thay thế. Đối với những bệnh nhân mắc bệnh phổi kẽ (ILD) mới được phát hiện lần đầu, có chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao, được phân loại (2) hoặc (3), các khuyến nghị có điều kiện được đưa ra để thực hiện soi phế quản và xét nghiệm dịch rửa phế quản (BAL) và sinh thiết phổi mở; vì thiếu bằng chứng nên không có khuyến nghị nào được đưa ra nhằm bác bỏ thực hiện các kỹ thuật nói trên. Ngược lại, đối với những bệnh nhân bị ILD mới được phát hiện, có kiểu hình HRCT của UIP chắc chắn (1), các khuyến cáo mạnh mẽ được đưa ra là không nên thực hiện sinh thiết phổi mở, sinh thiết phổi xuyên thành phế quản và sinh thiết lạnh phổi cũng như không nên thực hiện nội soi phế quản và xét

nghiệm BAL. Các khuyến cáo bổ sung bao gồm nên hội chẩn đa ngành (MDD) và chống lại việc đo các dấu ấn sinh học huyết thanh với mục đích duy nhất chỉ để phân biệt IPF với cácILD khác.<sup>1</sup>

Kishaba T và nhóm đồng cộng tác lại nêu vấn đề rất đáng quan tâm đó là các đợt cấp (Acute Exacerbation – AE) của IPF. Xơ phổi vô căn có diễn biến lâm sàng không đồng nhất, từ trạng thái ổn định không triệu chứng đến suy hô hấp tiến triển hoặc đợt cấp (AE). Đợt cấp của IPF có một số chẩn đoán phân biệt quan trọng, chẳng hạn như suy tim và quá tải thể tích. Dự án của nhóm đã đề xuất các tiêu chí mới để xác định AE của IPF vào năm 2016, trong đó chia nó thành AE kích hoạt và tự phát. Trên cơ sở các tiêu chí này, các bác sĩ có thể phát hiện AE của IPF dễ dàng hơn. Các hướng dẫn IPF quốc tế gần đây đã nhấn mạnh công dụng của HRCT ngực. Các nhà chuyên môn nên tập trung vào cả việc quản lý và phòng ngừa AE. Quá trình chẩn đoán, phát hiện hình ảnh CT ngực điển hình, xử trí và tiên lượng AE nên được xem xét một cách toàn diện.<sup>2</sup>

Hochegger B và cộng sự cho rằng chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao lồng ngực là phương thức chính được sử dụng trong đánh giá ban đầu của bệnh nhân nghi ngờ xơ phổi vô căn và có thể có ảnh hưởng đáng kể đến các quyết định xử trí sau đó. Vai trò chính của chụp cắt lớp vi tính là để phân biệt các bệnh phổi xơ sợi mãn tính có mô hình viêm phổi kẽ thông thường với những bệnh có biểu hiện viêm phổi mô kẽ không thông thường, đề xuất chẩn đoán thay thế khi có thể. Mô hình viêm phổi kẽ thông thường trên chụp cắt lớp ngực được đặc trưng bởi sự hiện diện của “tổ ong” dưới màng phổi, ưu thế phần thấp, có hoặc không có giãn phế quản do lực kéo, và không có các đặc điểm gợi ý chẩn đoán thay thế. Xơ phổi vô căn có thể được chẩn đoán theo tiêu chuẩn lâm sàng và X quang trong khoảng 66,6% trường hợp. Việc xác nhận chẩn đoán xơ phổi vô căn là một thách thức, đòi hỏi phải loại trừ xơ phổi có nguyên nhân đã biết, chẳng hạn như bệnh bụi phổi amiăng, bệnh mô liên kết, tiếp xúc với thuốc, viêm phổi quá mẫn mạn tính và các dạng viêm phổi kẽ vô căn khác. Dấu hiệu mô bệnh học của viêm phổi kẽ thông thường là biểu hiện không đồng nhất, đặc trưng bởi những vùng xơ hóa có sẹo và hình tổ ong xen kẽ với những vùng nhu mô ít bị ảnh hưởng hoặc bình thường.<sup>3</sup>

Vai trò của CT được mở rộng để cho phép chẩn đoán IPF mà không cần phẫu thuật sinh thiết phổi trong một số trường hợp chọn lọc khi CT cho thấy một mẫu UIP có thể xảy ra. Các kỹ thuật bổ sung, bao gồm cả sinh thiết phổi bằng

phẫu thuật, nên được xem xét ở những bệnh nhân có kết quả lâm sàng hoặc CT không xác định được IPF. Phương pháp tiếp cận đa mô thức đặc biệt quan trọng khi quyết định thực hiện các đánh giá chẩn đoán bổ sung, tích hợp kết quả sinh thiết với các đặc điểm lâm sàng và CT, và thiết lập chẩn đoán IPF nếu không có sẵn mô phổi. Chẩn đoán IPF đang tiến triển nên được xem xét định kỳ vì chẩn đoán có thể thay đổi. Các tiêu chí được đưa ra để thiết lập chẩn đoán IPF phải đủ tự tin và hiệu quả.<sup>4</sup>

Hai loại thuốc được phê duyệt gần đây nhất cho IPF là pirfenidone và nintedanib có thể làm chậm sự tiến triển của bệnh. Hầu hết bệnh nhân có một số bệnh lý đi kèm có thể ảnh hưởng đến quá trình bệnh của họ, bao gồm bệnh trào ngược dạ dày thực quản, chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn, bệnh cơ tim và tăng áp động mạch phổi. Các nghiên cứu quan sát cho thấy những lợi ích có thể có trong việc sống sót không cần ghép phổi và kết quả của bệnh nhân khi sử dụng những loại thuốc này. Ngoài các lựa chọn điều trị mới và quản lý tối ưu các bệnh đi kèm ở bệnh nhân IPF, phục hồi chức năng phổi vẫn là một phần quan trọng trong quản lý và đã được chứng minh là cải thiện chất lượng cuộc sống và mức độ nặng. Xem xét sự phức tạp của chẩn đoán và quản lý, Hiệp hội Lồng ngực Hoa Kỳ và Hiệp hội Hô hấp Châu Âu đã công bố một tuyên bố chung về chẩn đoán và điều trị IPF.<sup>5</sup>

Đại dịch Covid – 19 cũng thường gây viêm phổi kẽ đặt ra vấn đề lưu ý chẩn đoán phân biệt giữa IPF và xơ phổi không hấp phụ hết ở nhóm BN viêm phổi do Covid -19. Do tầm quan trọng của vấn đề này, các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng về xơ hóa sau COVID đang được nhanh chóng nghiên cứu. Huyết khối liên quan đến COVID, các yếu tố nguy cơ, phòng ngừa và điều trị các di chứng lâu dài có thể xảy ra của viêm phổi COVID-19 cũng đang được thảo luận một cách sâu rộng.<sup>6</sup>

Một trong những yếu tố tiên lượng BN IPF đó là đánh giá sự gia tăng của hẹp đường thở nhỏ. Ngày nay việc sử dụng microCT để đánh giá lập thể các đường thở nhỏ (đếm số lượng, đo thành và diện tích lòng đường thở) và xơ hóa nhu mô (phần thể tích của mô, diện tích bề mặt phế nang và vách ngăn độ dày của tường) đang được từng bước áp dụng. Ikezoe K và cộng sự đã sử dụng kỹ thuật này nghiên cứu trên 8 BN được ghép phổi 1 bên (bên ghép được coi là mẫu đối chứng). Kết quả cho thấy, trong các mẫu mô IPF bị xơ hóa, các tiểu phế quản tận cùng có độ dày tăng lên ( $P < 0,05$ ) và co thắt

đường thở (P <0,001) dẫn đến hình thành các kén khí dạng tổ ong. Nghiên cứu này có ý nghĩa quan trọng đối với suy nghĩ hiện tại về mô phổi được tái tạo trong IPF và làm nổi bật các đường thở nhỏ như một mục tiêu tiềm năng để điều trị IPF sau này.<sup>7</sup>

## V. KẾT LUẬN

Xơ phổi vô căn (IPF) thuộc nhóm viêm phổi kẽ thông thường (UIP), thường gặp, căn nguyên chưa rõ, tiến triển nhanh. Bệnh nhân thường có các đợt cấp dẫn đến suy hô hấp và tử vong nhanh nếu không có biện pháp điều trị kịp thời. Vấn đề chẩn đoán can thiệp không dễ tiến hành vì tiềm ẩn nhiều biến chứng nên trong thực hành chúng ta nên áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán của các hiệp hội. Sử dụng thuốc chống xơ có thể làm chậm tiến triển của bệnh song ghép phổi vẫn là giải pháp cuối cùng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Raghu G, Remy-Jardin M, Myers et al. JL.** Diagnosis of Idiopathic Pulmonary Fibrosis. An Official ATS/ERS/JRS/ALAT Clinical Practice Guideline. Am J Respir Crit Care Med. 2018 Sep 1;198(5):e44-e68. doi: 10.1164/rccm.201807-1255ST.PMID: 30168753

2. **Kishaba T.** Acute Exacerbation of Idiopathic Pulmonary Fibrosis. Medicina (Kaunas). 2019 Mar 16;55(3):70. doi: 10.3390/medicina55030070.PMID: 30884853
3. **Hochegger B, Marchiori E, Zanon M et al.** Imaging in idiopathic pulmonary fibrosis: diagnosis and mimics. Clinics (Sao Paulo). 2019 Feb 4;74:e225. doi: 10.6061/clinics/2019/e225.PMID: 30726312
4. **Sharif R.** Overview of idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) and evidence-based guidelines. Am J Manag Care. 2017 Jul; 23(11 Suppl):S176-S182.PMID: 28978212
5. **Türktaş H, Oğuzülgen İK.** Post-COVID-19 pulmonary sequelae: longterm follow up and management. Tuberk Toraks. 2020 Dec; 68(4):419-429. doi: 10.5578/tt.70353.PMID: 33448739
6. **Ikezo K, Hackett TL, Peterson et al.** Small Airway Reduction and Fibrosis Is an Early Pathologic Feature of Idiopathic Pulmonary Fibrosis. Am J Respir Crit Care Med. 2021 Nov 1;204(9):1048-1059. doi: 10.1164/rccm.202103-0585OC.PMID: 34343057
7. **Chung JH, Cox CW, Montner SM, et al.** CT Features of the Usual Interstitial Pneumonia Pattern: Differentiating Connective Tissue Disease-Associated Interstitial Lung Disease From Idiopathic Pulmonary Fibrosis.
8. **AJR Am J Roentgenol.** 2018 Feb;210(2):307-313. doi: 10.2214/AJR.17.18384. Epub 2017 Nov 15.PMID: 29140119

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ DI CĂN NÃO BẰNG PHƯƠNG PHÁP XẠ PHẪU GAMMA KNIFE

Phạm Hồng Phúc<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Liên<sup>1</sup>, Phan Thanh Dương<sup>1</sup>, Nguyễn Minh Thuận<sup>1</sup>, Trương Như Vãn<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Ung thư vú là bệnh ung thư hay gặp nhất ở phụ nữ và là nguyên nhân tử vong thứ hai sau ung thư phổi tại các nước trên thế giới. Ung thư vú di căn não trong 10 – 30% trường hợp. Xạ phẫu là một phương pháp điều trị hiện đại đối với tổn thương di căn não có nhiều ưu điểm giúp kiểm soát tại chỗ tốt, cải thiện triệu chứng, kéo dài thời gian sống thêm và giảm các độc tính trên tế bào lành. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục tiêu đánh giá kết quả điều trị ung thư vú di căn não bằng phương pháp xạ phẫu Gamma Knife. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 36 bệnh nhân ung thư vú di căn não từ tháng 7/2019 đến 6/2022. Bệnh nhân được

lựa chọn di căn não từ 1 – 10 ổ, đường kính lớn nhất mỗi ổ ≤ 3 cm, chỉ số toàn trạng Karnofsky ≥ 60. Bệnh nhân được xạ phẫu bằng máy Gamma Knife thế hệ Icon với liều chỉ định 20 – 24 Gy với khối u < 2cm, 18 – 20 Gy với khối u 2 – 3 cm. Bệnh nhân được đánh giá đáp ứng triệu chứng lâm sàng và hình ảnh theo tiêu chuẩn RANO tại các thời điểm 3 tháng, 6 tháng. **Kết quả:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ kiểm soát tại não tại thời điểm 3 tháng là 91,7%, 6 tháng là 75%. Trung vị thời gian sống thêm toàn bộ là 15,0 ± 4,3 tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 6 tháng là 82,3%; 1 năm là 56,1%; 2 năm là 39,9%. **Kết luận:** Xạ phẫu Gamma Knife là một phương pháp điều trị hiệu quả đối với tổn thương di căn não của ung thư vú.

**Từ khóa:** xạ phẫu, di căn não, ung thư vú.

## SUMMARY

### RESULTS OF GAMMA KNIFE STEREOTACTIC RADIOSURGERY FOR BRAIN METASTASIS IN BREAST CANCER

Breast cancer is the most common cancer in

\*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Phúc

Email: Bstamly2010@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2022

Ngày duyệt bài: 5.9.2022