

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH SARCOIDOSIS PHỔI - TỔNG QUAN TÀI LIỆU VÀ BÁO CÁO CHÙM CA BỆNH

Cung Văn Công¹

TÓM TẮT

Sarcoidosis là một rối loạn toàn thân không rõ nguyên nhân với đặc trưng là sự có mặt của các u hạt không bã đậu hóa. Bệnh có thể xảy ra ở bất kỳ cơ quan nào nhưng biểu hiện ở phổi chiếm tới 90% các trường hợp và cũng có tỷ lệ tử vong cao nhất. Khoảng 25% số bệnh nhân (BN) có các triệu chứng về hô hấp, thường gặp là khó thở. Ngoài ra còn gặp các triệu chứng khác như giảm cân, mệt mỏi, thỉnh thoảng sốt hoặc ra mồ hôi trộm về đêm. Các nốt ban đỏ cũng thường gặp. Các tổn thương ở phổi có thể tự hồi phục hoặc tiến triển thành xơ hóa phổi, khoảng 20 – 25% số bệnh nhân có suy giảm chức năng phổi vĩnh viễn. Bệnh thường có rất nhiều các biểu hiện khác nhau ở ngực song hạch to vùng rốn phổi và trung thất là biểu hiện thường gặp nhất của bệnh. Chúng tôi giới thiệu chùm ca bệnh Sarcoidosis với đầy đủ các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, quy trình tiếp cận, chẩn đoán để bạn đọc cùng tham khảo.

Từ khóa: Sarcoidosis; Sarcoidosis phổi; Sarcoidosis xơ hoá

SUMMARY

FEATURES OF PULMONARY SARCOIDOSIS - LITERATURE REVIEW AND SOME CASE REPORT

Sarcoidosis is a systemic disorder of unknown etiology that is characterized by the presence of non-sacral granulomas. The disease can occur in any organ, but lung manifestations account for up to 90% of cases and also have the highest mortality rate. Approximately 25% of patients (patients) have respiratory symptoms, often dyspnea. Other symptoms include weight loss, fatigue, occasional fever or night sweats. Erythema nodules are also common. Lung lesions can either self-heal or progress to pulmonary fibrosis, and about 20-25% of patients have permanent impairment of lung function. The disease often has many different manifestations in the chest, but enlarged lymph nodes in the hilum and mediastinum are the most common manifestations of the disease. We introduce the some case of Sarcoidosis with full clinical and paraclinical characteristics, approach and diagnosis procedures for your reference.

Keywords: Sarcoidosis; Pulmonary Sarcoidosis; Fibrosis Sarcoidosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sarcoidosis là một rối loạn đa hệ cơ quan, căn nguyên chưa rõ, đặc trưng bởi việc xuất hiện các u hạt. Bệnh xuất hiện ở lồng ngực là phổ biến nhất. Các bất thường X quang ngực thấy ở khoảng 90% bệnh nhân mắc bệnh sarcoidosis. Ước tính khoảng 20% BN sarcoidosis phát triển thành bệnh phổi mãn tính dẫn đến xơ phổi. Mặc dù chụp X quang ngực thường qui là nghiên cứu chẩn đoán hình ảnh ban đầu ở những bệnh nhân có liên quan đến phổi, nhưng chụp cắt lớp vi tính (CT) nhạy hơn để phát hiện bệnh lý hạch trung thất, rốn phổi và chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao (HRCT) cho thấy rõ các tổn thương nhu mô phổi của bệnh. Bệnh sarcoidosis ở phổi có thể biểu hiện với các hình thái X quang khác nhau: Phì đại hạch bạch huyết rốn phổi hai bên là phát hiện phổ biến nhất, sau đó là bệnh thể hiện tại nhu mô phổi và phần lớn ở khoảng kẽ. Trên HRCT, những phát hiện điển hình nhất về sự liên quan của phổi được tóm lược trong bảng dưới đây.¹

Bảng 1.1. Đặc điểm hình ảnh CT ngực

Sarcoidosis

Hình thái bất thường	Đặc điểm hình ảnh và phân bố
Nốt nhỏ ranh giới rõ	<ul style="list-style-type: none"> - Là đặc trưng của bệnh lý sarcoidosis thể hoạt động. - Phân bố quanh mạch bạch huyết ở hầu hết các bệnh nhân, bao gồm các vị trí: <ul style="list-style-type: none"> + Cận rốn phổi và quanh mạch máu phế quản. + Gần các rãnh, vách. + Dưới màng phổi ở phía ngoại vi. + Một số trường hợp ở trong vách gian tiểu thùy. + Một số trường hợp ở trung tâm các tiểu thùy quanh mạch máu phế quản. - Chủ yếu ở thùy trên. - Có thể vô hóa.
Nốt lớn và khối	<ul style="list-style-type: none"> - Gặp ở 15 – 25% số bệnh nhân. - Là sự hội tụ của nhiều u hạt nhỏ. - Có hoặc không có phế quản chứa khí. - Thường cận rốn phổi (quanh mạch máu phế quản). - Có các nốt vệ tinh (dấu hiệu dải thiên hà).

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Cung Văn Công

Email: vancong13071964@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2022

Ngày duyệt bài: 31.10.2022

Hình kính mờ	- Không thường gặp. - Do nhiều u hạt rất nhỏ tạo nên. - Có thể kèm theo có nốt nhỏ.
Hình mờ lưới và xơ hóa	- Phát triển ở 15% số bệnh nhân. - Xơ hóa quanh mạch máu phế quản và giãn phế quản co kéo. - Giảm thể tích thùy trên. - Có hình ảnh các nang chứa khí. - Một số trường hợp có hình ảnh tổ ong. - Có thể có u nấm.
Các bất thường phế quản hoặc tiểu phế quản	- U hạt trong lòng phế quản. - Một số trường hợp có xẹp phổi. - Khảm tăng tưới máu và bẫy khí.

Trên X quang ngực, sarcoidosis được chia thành các giai đoạn sau:

- Giai đoạn 0: Không nhìn thấy bất thường (chiếm ~ 10%)
- Giai đoạn 1: Hạch to vùng rốn phổi hoặc trung thất, không có các bệnh lý ở phổi (chiếm ~ 50%)
- Giai đoạn 2: Hạch to vùng rốn phổi hoặc trung thất kèm theo các bệnh lý ở phổi (chiếm ~ 30%)
- Giai đoạn 3: Bệnh lý phổi lan tỏa, không thấy tăng kích thước hạch bạch huyết (chiếm ~ 10%)
- Giai đoạn 4: Xơ hóa phổi (thình thoảng được sử dụng như là giai đoạn cuối)

Bảng phân loại giai đoạn này ít có ý nghĩa, mặc dù có một vài sự tương quan giữa giai đoạn và tiến triển bệnh. Các bất thường trên X quang có thể hồi phục ở 65% số bệnh nhân giai đoạn 1; 50% số bệnh nhân giai đoạn 2 và 20% số bệnh nhân giai đoạn 3. Tuy nhiên, các bệnh nhân ở một giai đoạn nào đó không nhất thiết sẽ tiến triển lên các giai đoạn tiếp theo. Bảng phân loại này không được sử dụng với CT, phương pháp có độ nhạy cao hơn X quang qui ước trong việc nhận biết cả hai dấu hiệu hạch bạch huyết lớn và các bệnh lý nhu mô phổi.¹⁻⁵

Chúng tôi báo cáo 30 ca bệnh sarcoidosis phổi, đến khám và điều trị tại bệnh viện Phổi trung ương từ tháng 6/2020 – 5/2022; được chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh nhằm minh chứng cho các đặc điểm hình ảnh như y văn đã khuyến cáo.

II. BÁO CÁO CHÙM CA BỆNH

Nhóm báo cáo bao gồm 30 ca bệnh (18 nữ, 12 nam), tuổi trung bình: 41,4 (lớn tuổi nhất 65, trẻ nhất 33) đến khám vì khó thở: 24 (80%), ho: 21 (70%) và giảm cân: 9 (30%).

Tiền sử bệnh: Tất cả các BN đều có tiền sử có các đợt ho kéo dài, ho khan, không có đờm; thường không sốt, được y tế cơ sở chẩn đoán viêm phế quản, được điều trị bằng kháng sinh

song không đỡ.

Các BN được thăm khám bằng qui trình khám chuyên khoa hô hấp, hướng chẩn đoán Sarcoidosis phổi bằng X quang ngực qui ước, cắt lớp vi tính độ phân giải cao (HRCT), được chẩn đoán loại trừ lao và các bệnh phổi nhiễm trùng khác bằng các xét nghiệm cận lâm sàng (kết quả âm tính và trong giới hạn bình thường): Vi sinh (đờm AFB trực tiếp, GeneXpert, nuôi cấy [lao, VK ngoài lao]); huyết học: CTM, CRP, PCT; Các kết quả xét nghiệm sinh hoá máu, đông cầm máu, nước tiểu đều trong giới hạn bình thường.

Tất cả các BN đều được làm điện tim, siêu âm tim, siêu âm ổ bụng đều cho kết quả bình thường.

Đa số bệnh nhân có biểu hiện suy giảm các thông số chức năng phổi khi khám. Tuy nhiên, sự suy giảm đáng kể ở FVC% <50% chỉ có ở 9 bệnh nhân.

25/30 BN đã được tiến hành sinh thiết xuyên thành ngực vào đám đông đặc hoặc nốt lớn làm giải phẫu bệnh cho kết quả U hạt Sarcoid. 5/30 BN được nội soi siêu âm (EBUS), sinh thiết hạch cho kết quả tương tự.

X quang ngực qui ước (hồi cứu sau khi có kết quả GPB): Giai đoạn 0: 0 (0%); Giai đoạn I: 9 (30%); giai đoạn II: 6 (20%); giai đoạn III: 9 (30%); giai đoạn IV: 6 (20%).

Trên CT ngực, các dấu hiệu bất thường và tần suất xuất hiện được thể hiện chi tiết tại bảng tổng hợp kết quả dưới đây.

Bảng 2.1. Đặc điểm hình ảnh CT ngực nhóm BN báo cáo

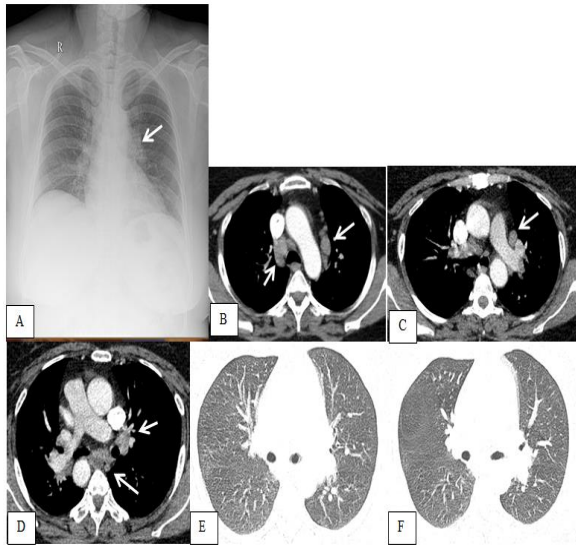
Đặc điểm CT	n	%
Hạch lớn trung thất, rốn phổi	21	70
Một bên	6	20
Hai bên	15	50
Nốt nhỏ nhu mô	15	50
Đông đặc nhu mô	21	70
Hình kính mờ	9	30
Giãn phế quản do kéo	9	30
Dày quanh bố mạch - phế quản	6	20
Dày vách liên tiểu thùy	24	80
Dày vách liên thùy	6	20
Kén khí	3	10
Hình tổ ong	0	0
Hẹp phế quản do hạch chèn ép	6	20
Dày màng phổi	3	10

* Các khái niệm (định nghĩa) cho các tiêu chí hình ảnh được đánh giá:

- Hạch lớn rốn phổi và trung thất là nốt có tỷ trọng mô mềm, đường bờ trơn nhẵn, ĐK ngang bé nhất > 10mm. Hạch có thể vôi hoá (dạng "vỏ trứng" là điển hình). Vị trí các hạch theo AJCC phiên bản 8.

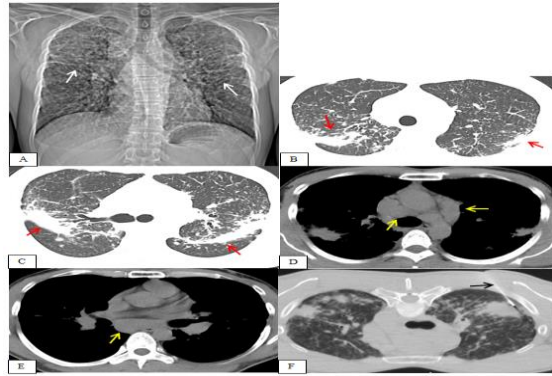
- Nốt nhỏ nhu mô: Nốt mô mềm, KT < 1.5mm, phân bố ngẫu nhiên, trong khoảng kẽ.
- Đông đặc nhu mô: Đám (nốt lớn) có tỷ trọng không phải là khí
- Hình kính mờ: Hình mờ nhu mô không che khuất mạch máu
- Giãn phế quản do kéo: Giãn phế quản bị động do xơ hoá tổ chức kẽ co kéo
- Dày quanh bó mạch - phế quản: Thường quan sát thấy ở vùng trung tâm do tổ chức kẽ bao quanh bó mạch – PQ dày lên, thể hiện bằng dấu hiệu “vành khăn”
- Dày vách liên tiểu thùy: Hình mờ vách liên tiểu thùy phổi dày, đồng nghĩa với dày vách kẽ giữa các tiểu thùy phổi.
- Kén khí: Hình nang chứa khí (tỷ trọng âm), không rõ thành
- Hình tổ ong: Bản chất là các tiểu thùy phổi giãn có vách dày
- Hẹp phế quản do hạch chèn ép: Thường quan sát thấy ở vùng trung tâm với hẹp ĐK ngang đường dẫn khí.
- Dày màng phổi: Viêm mờ ngoại vi, bao bọc lá tạng, sát thành ngực.

*** Một số hình ảnh minh họa của các ca bệnh báo cáo**



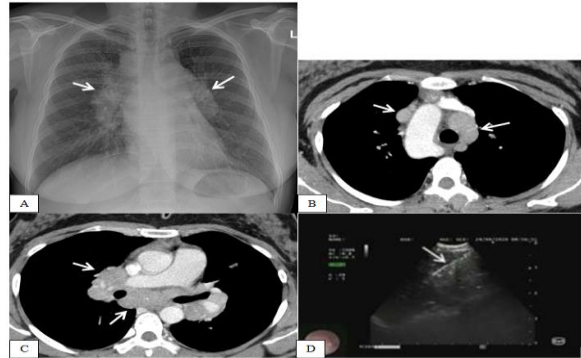
Hình 2.1. BN nữ 52 tuổi, được chẩn đoán Sarcoidosis bằng sinh thiết u hạch trung thất bằng kỹ thuật EBUS

A: Phim XQ ngực qui ước thấy rốn trái rộng. B-D (CT ngực, cửa sổ trung thất có tiêm cản quang): Hạch lớn rốn phải, rốn trái, dưới Carina (các mũi tên). E-F (CT ngực, cửa sổ nhu mô): Không thấy bất thường. Trường hợp này là ca Sarcoidosis chỉ biểu hiện hạch lớn rốn phổi, trung thất.



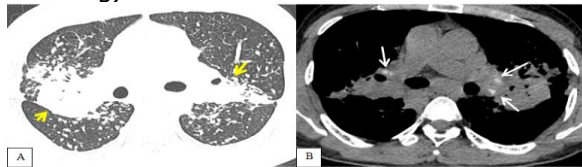
Hình 2.2. BN nam, 40 tuổi, được chẩn đoán Sarcoidosis bằng sinh thiết vùng đông đặc phổi phải bằng kỹ thuật ST xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CLVT

A: Phim XQ ngực thấy hình lưới-nốt, ưu thế phần cao kèm xơ hoá (hai rốn phổi bị kéo lên trên). B,C (CT ngực, cửa sổ phổi): Hình đông đặc (mũi tên đỏ); nốt nhỏ phân bố trong khoảng kẽ, dày các vách liên tiểu thùy. D,E (CT ngực, cửa sổ trung thất): Hạch trung thất nhóm 4R, 7 và 4R (mũi tên vàng). F: STXTN dưới hướng dẫn CT kim ST cắt đúng vùng đông đặc (mũi tên đen). Trường hợp này là ca Sarcoidosis biểu hiện khá đầy đủ các tổn thương như y văn đã đề cập.



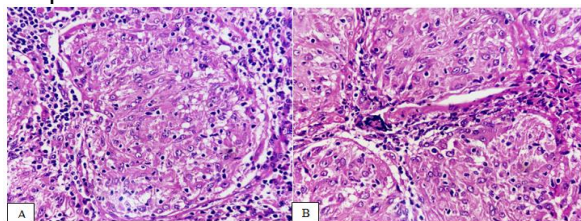
Hình 2.3. BN nữ, 32 tuổi, được chẩn đoán Sarcoidosis thể hạch

A: Phim XQ ngực thường qui thấy hình mờ dạng hạch to hai rốn phổi (đường bờ nhẵn, nhìn thấu mạch máu) (mũi tên trắng). B,C: Hạch rốn phổi hai bên, trung thất tất cả các vị trí. D: Hình sinh thiết hạch nhóm 7 bằng kỹ thuật EBUS (mũi tên trắng).



Hình 2.4. BN nam, 32 tuổi, chẩn đoán xác định sarcoidosis bằng STXTN

A: Đông đặc nhu mô vùng trung tâm kèm nhiều nốt nhỏ vệ tinh (mũi tên vàng); B: Hạch rốn phổi hai bên vô hoá



Hình 2.5. Kết quả MBH BN nữ, 38 tuổi, được chẩn đoán Sarcoidosis thể hạch

Mảnh ST là mô hạch, cấu trúc hạch bị xoá, thay vào đó là tổn thương dạng nang, các nang kích thước đều với các TB bán liên, TB khổng lồ, lympho, không thấy hoại tử bã đậu. Kết luận: Hình ảnh của Sarcoidose

III. BÀN LUẬN

Sarcoidosis là một rối loạn toàn thân với sự xuất hiện của các u hạt không bã đậu hóa và cho đến nay khoa học y học vẫn chưa chỉ ra được căn nguyên của bệnh. Bệnh thường xuất hiện ở phổi (# 90%); xu thế ở người < 40 tuổi và nữ thường chiếm ưu thế. Khoảng 25% số bệnh nhân có các triệu chứng về hô hấp, thường gặp là khó thở. Các triệu chứng khác như giảm cân, mệt mỏi, thỉnh thoảng sốt hoặc ra mồ hôi trộm về đêm, các nốt ban đỏ trên da cũng có thể gặp.¹

Các tổn thương ở phổi có thể tự hồi phục hoặc tiến triển thành xơ hóa phổi, khoảng 20 – 25% số bệnh nhân có suy giảm chức năng phổi vĩnh viễn. Hạch to vùng rốn phổi và trung thất là biểu hiện thường gặp nhất của bệnh.¹

Những tiến bộ trong chẩn đoán hình ảnh và đánh giá chức năng phổi thời gian gần đây đã ngày càng mở rộng nhận thức về các khả năng có thể xảy ở BN sarcoidosis phổi. Tuy nhiên việc chẩn đoán bệnh không phải lúc nào cũng cần bằng chứng mô học. Trong các tình huống lâm sàng điển hình và hình ảnh phù hợp thì việc sinh thiết phổi xuyên thành ngực là không cần thiết. Việc chẩn đoán phải được điều chỉnh theo từng trường hợp cụ thể, theo đánh giá tổng hợp về các đặc điểm lâm sàng và khả năng chuyên môn của từng tuyến y tế. Do có sự không đồng nhất của các tình huống lâm sàng và còn quá ít các dữ liệu dựa trên bằng chứng về các phương pháp điều trị, cho nên cho đến nay một phác đồ lâm sàng tiêu chuẩn vẫn chưa được thiết lập và phương pháp tiếp cận chung thường phản ánh ý kiến chuyên gia từ dữ liệu lâm sàng tích lũy. Các yếu tố chính của quá trình ra quyết định là đánh giá giai đoạn, mức độ nghiêm trọng cơ bản của

bệnh, phân tầng nguy cơ tiến triển và xác định mục tiêu điều trị.²

Các phát hiện chụp X quang ngực thường mang tính sàng lọc, không đặc hiệu song có tính gợi ý cao. Đánh giá giai đoạn bệnh (0-IV) dựa vào X quang ngực thường có độ tin cậy thấp.¹⁻⁵

Sarcoidosis vẫn là bệnh khó chẩn đoán, đánh giá và điều trị. Thập kỷ qua đã mang lại những tiến bộ đáng kể về chẩn đoán và điều trị bệnh sarcoidosis bao gồm X quang quai ước, chụp CLVT, siêu âm nội soi phế quản, chụp cắt lớp phát xạ positron 18F-fluorodeoxyglucose (PET) và mô bệnh học.⁵

Tăng áp động mạch phổi (PH) là một biến chứng đáng sợ nhất của bệnh sarcoidosis, được xác định bằng áp lực động mạch phổi trung bình ≥ 25 mm Hg. Vì cả PH và bệnh sarcoidosis đều là những bệnh hiếm gặp, dữ liệu về PH liên quan đến bệnh sarcoidosis (SAPH) được lấy chủ yếu từ các nghiên cứu hồi cứu nhỏ. Tỷ lệ lưu hành ước tính của SAPH dao động từ 3% ở những bệnh nhân được chuyển đến bệnh viện tuyến cao nhất, song lên đến 79% ở những bệnh nhân đang chờ ghép phổi. Hầu hết bệnh nhân bị SAPH cho thấy bệnh nhu mô tiến triển là cơ chế chủ đạo. Tuy nhiên, một số BN sarcoidosis có tăng áp lực động mạch phổi mà không có bệnh nhu mô. Các cơ chế khác như bệnh mạch máu, thuyên tắc phổi, PH sau mao mạch, chèn ép bên ngoài và các bệnh đi kèm khác liên quan đến sarcoidosis có thể góp phần gây ra SAPH. Việc chẩn đoán PH trong bệnh sarcoidosis đang gặp nhiều khó khăn vì các triệu chứng và dấu hiệu trùng nhau. Nghi ngờ có thể được nâng lên dựa trên các triệu chứng hoặc xét nghiệm, chẳng hạn như kiểm tra chức năng phổi, điện tâm đồ hoặc CT ngực. Đánh giá mức độ PH chủ yếu dựa vào siêu âm tim qua lồng ngực. Kỹ thuật thông tim phải cần được xem xét tùy từng trường hợp ở bệnh nhân có PH nghi ngờ lâm sàng và phải tính đến các tai biến khi thực hiện kỹ thuật này. Các lựa chọn điều trị được cân nhắc trên cấp độ BN tại một trung tâm chuyên sâu về PH và có thể bao gồm liệu pháp oxy, ức chế miễn dịch hoặc liệu pháp dành riêng cho PH. Tuy nhiên, bằng chứng định tính là rất khan hiếm. Hơn nữa, trong một số ít bệnh nhân, liệu pháp can thiệp hoặc cuối cùng là ghép phổi có thể được xem xét. Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân sarcoidosis có PH cao hơn so với những người không có PH, và tăng ở những bệnh nhân có giai đoạn tiến triển hơn của bệnh sarcoidosis và / hoặc PH.⁶

Trong số những bệnh nhân mắc bệnh sarcoidosis phổi, tỷ lệ thuyên giảm tự phát dao

động từ 10% đến 82%. Tuy nhiên, sự tiến triển của bệnh phổi xảy ra ở hơn 10% bệnh nhân và có thể dẫn đến biến dạng cấu trúc do xơ hoá; bệnh có tỷ lệ tử vong từ 12% đến 18% trong vòng 5 năm. Trên thế giới, hơn 60% trường hợp tử vong do bệnh sarcoidosis là do phổi. Tuy nhiên, hơn 70% trường hợp tử vong do bệnh sarcoidosis có liên quan đến tim mạch. Có tới 70% bệnh nhân mắc bệnh sarcoidosis phổi tiến triển phát triển tăng áp động mạch phổi trước mao mạch và tỷ lệ tử vong trong 5 năm khoảng 40% trong số này. Bệnh nhân mắc bệnh sarcoidosis và tăng áp lực mạch phổi trước mao mạch nên được điều trị bằng các liệu pháp như thuốc ức chế men phosphodiesterase và các chất tương tự prostacyclin. Mặc dù chưa rõ liệu glucocorticoid uống tối ưu cho bệnh sarcoid ở phổi, prednisone đường uống thường bắt đầu với liều 20 mg / ngày đến 40 mg / ngày trong 2 đến 6 tuần được khuyến cáo cho những bệnh nhân có triệu chứng (ho, khó thở và đau ngực) và có thâm nhiễm nhu mô và kết quả xét nghiệm chức năng phổi bất thường. Glucocorticoid đường uống có thể giảm dần trong 6 đến 18 tháng nếu các triệu chứng, kết quả xét nghiệm chức năng phổi và X quang cải thiện. Có thể phải sử dụng glucocorticoid đường uống kéo dài để kiểm soát các triệu chứng và giúp ổn định bệnh. Những bệnh nhân không cải thiện đầy đủ khi đang dùng liều prednisone từ 10mg/ngày trở lên hoặc những bệnh nhân có tác dụng phụ do glucocorticoid có thể được kê đơn các chất ức chế miễn dịch, chẳng hạn như methotrexate, azathioprine, hoặc thuốc chống yếu tố hoại tử khối u, một mình hoặc cùng với glucocorticoid kết hợp với kháng sinh dự phòng thích hợp cho *Pneumocystis jiroveci* và herpes zoster. Các phương pháp điều trị hiệu quả không có sẵn cho bệnh phổi xơ nang tiến triển.⁸

Xơ phổi là một "giai đoạn cuối" bất thường ở bệnh nhân mắc bệnh sarcoidosis. Bệnh xơ hóa xảy ra ở một số ít bệnh nhân, và biểu hiện với sự kết hợp rối loạn chức năng đường thở (tắc nghẽn) và hạn chế khuếch tán CO qua màng phế nang – mao mạch (DLCO). Kỹ thuật HRCT rất cần thiết để chẩn đoán, đánh giá và điều trị bệnh xơ phổi. Xơ hoá nhu mô có thể gây co rút rốn phổi, làm lệch khí quản và cơ hoành lên cao. Quét V/Q và PET dương tính cho thấy bệnh u hạt còn sót lại, có thể đảo ngược và là những hướng dẫn quan trọng để đưa ra quyết định điều trị tiếp theo. Điều trị bằng corticosteroid tình trạng xơ hóa không cải thiện. Suy giảm chức năng hô hấp nghiêm trọng và tăng áp động mạch phổi, suy

tim phải có thể trở nên trầm trọng nếu BN không được điều trị. Sử dụng oxy, lợi tiểu, sildenafil và bosentan là phác đồ hiện nay đang được khuyến cáo. Những bệnh nhân này là ứng cử viên cho việc ghép phổi.^{9,10}

Cuối cùng, các tổn thương nhu mô phổi và bao gồm cả hạch lớn rốn phổi, trung thất và hình ảnh GPB của Sarcoidosis thường có những đặc điểm rất giống với lao phổi. Khuyến cáo này nên được các nhà lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và đặc biệt các nhà GPB cần hết sức lưu ý.⁹

IV. KẾT LUẬN

Qua việc báo cáo chàm ca bệnh và điểm qua một số tài liệu có trong y văn chúng tôi thấy sarcoidosis là bệnh rất cần sự quan tâm của các bác sỹ, đặc biệt là các bác sỹ chuyên ngành hô hấp. Phương cách, quan điểm tiếp cận chẩn đoán và đặc biệt phương tiện, kỹ thuật chẩn đoán hiện nay đã khá đầy đủ. Bệnh chưa rõ căn nguyên nên chưa có phương pháp điều trị dứt điểm song việc phát hiện sớm, điều trị đúng cách sẽ giúp BN kéo dài và tận hưởng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **W. Richard Webb, Charles B Higgins.** "Thoracic Imaging: Pulmonary and Cardiovascular Radiology"; Third edition; (2017); 497 – 508.
2. **Bonifazi M, Gasparini S, Alfieri V, et al.** Pulmonary Sarcoidosis. *Semin Respir Crit Care Med.* 2017 Aug;38(4):437-449. doi: 10.1055/s-0037-1603766. Epub 2017 Jul 27. PMID: 28750459
3. **Thillai M, Atkins CP, Crawshaw et al.** BTS Clinical Statement on pulmonary sarcoidosis. *Thorax.* 2021 Jan;76(1):4-20. doi: 10.1136/thoraxjnl-2019-214348. Epub 2020 Dec 2. PMID: 33268456
4. **Criado E, Sánchez M, Ramírez J, et al.** Pulmonary sarcoidosis: typical and atypical manifestations at high-resolution CT with pathologic correlation. *Radiographics.* 2010 Oct;30(6):1567-86. Doi 10.1148/rg.306105512. PMID: 21071376
5. **Gupta R, Baughman RP.** Advanced Pulmonary Sarcoidosis. *Semin Respir Crit Care Med.* 2020 Oct;41(5):700-715. doi: 10.1055/s-0040-1709495. Epub 2020 Aug 10. PMID: 32777853
6. **Huitema MP, Mathijssen H, Mager JJ, et al.** Sarcoidosis Associated Pulmonary Hypertension. *Semin Respir Crit Care Med.* 2020 Oct;41(5):659-672. doi: 10.1055/s-0040-1713615. Epub 2020 Aug 10. PMID: 32777851
7. **Patel DC, Valeyre D.** Advanced pulmonary sarcoidosis. *Curr Opin Pulm Med.* 2020 Sep;26(5):574-581. doi: 10.1097/MCP.0000000000000705. PMID: 32740378
8. **Belperio JA, Shaikh F, Abtin FG, et al.** Diagnosis and Treatment of Pulmonary Sarcoidosis: A Review. *JAMA.* 2022 Mar 1;327(9):856-867. doi: 10.1001/jama.2022.1570. PMID: 35230389