

trường hợp chiếm 11,5%). Đây là chỉ định mổ do yêu cầu, nguyện vọng của bệnh nhân và dẫn tới tăng tỉ lệ mổ lấy thai con so. Vì vậy nếu muốn giảm tỉ lệ mổ lấy thai đặc biệt ở con so thì ngành sản khoa cần phải tuyên truyền cho thai phụ hiểu về các nguy cơ của chuyển dạ, nguy cơ của mổ lấy thai, lợi ích của đẻ đường âm đạo. Đồng thời các chỉ định mổ lấy thai chặt chẽ hơn, đều tay hơn thì chắc chắn tỉ lệ mổ lấy thai trên nhóm con so sẽ có thay đổi đáng kể.

V. KẾT LUẬN

Nguyên nhân mổ lấy thai do thai chiếm tỉ lệ cao nhất chiếm 34,0%, tiếp đến là nguyên nhân do phần phụ của thai chiếm 27,2%; nhóm nguyên nhân thấp nhất là do truyền đẻ chỉ huy thất bại chiếm 9,9%. Tuổi thai từ 37 đến 40 tuần chiếm 90,6%, giai đoạn chuyển dạ chủ yếu ở giai đoạn tiềm tàng (86,4%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tiến Công, Nguyễn Hồng Hoa (2018). Tỉ lệ mổ lấy thai nhóm I theo nhóm phân loại của Robson tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Đắk Lắk. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, Tập 22 (Số 1), 93-98.
2. Đoàn Vũ Đại Nam và Nguyễn Duy Tài (2018). Khảo sát tỉ lệ mổ lấy thai theo nhóm phân loại của Robson tại Bệnh viện Hùng Vương 2016 - 2017. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, Tập 22 (Số 1), 86-92.

3. Đỗ Như Quỳnh (2022). Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai con so tại bệnh viện phụ sản Hà Nội năm 2021, Khóa luận tốt nghiệp, Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc Gia Hà Nội, Hà Nội.
4. Vũ Văn Tâm và Lưu Vũ Dũng (2021). Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai nhóm I theo phân loại của Robson tại bệnh viện phụ sản Hải Phòng. Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 509 (Số 2), 239-242.
5. Lê Quang Thanh (2016). Chiến lược giảm tỉ lệ mổ lấy thai, Hội nghị Sản phụ khoa Việt Pháp lần thứ 16,
6. Khổng Thị Vân, Nguyễn Quảng Bắc và Vũ Ngân Hà (2022). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các sản phụ mổ lấy thai con so đủ tháng tại viện 19-8 Bộ công an. Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 520 (Tháng 11 số 1b), 111-114.
7. Dahlke Joshua D, Mendez-Figueroa Hector, Rouse Dwight J et al (2013). Evidence-based surgery for cesarean delivery: an updated systematic review. American journal of obstetrics and gynecology, 209 (4), 294-306.
8. Ferid A. Abubeker, Biruck Gashawbeza, Thomas Mekuria Gebre et al (2020). Analysis of cesarean section rates using Robson ten group classification system in a tertiary teaching hospital, Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth, 767 (2020), 1-7.
9. Panupong Ngamthong and Dittakarn Boriboonhirunsarn (2023). Cesarean Section Rate and Associated Risk Factors in Group 1 Robson Classification. Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology, 31 (1), 11-20.
10. World Health Organization (2015). WHO statement on caesarean section rates. 2015. WHO Reference Number: WHO/RHR/15.02.

ĐẶC ĐIỂM HỘI CHỨNG DỄ BỊ TỔN THƯƠNG Ở BỆNH NHÂN XƠ CỨNG BÌ HỆ THỐNG TẠI TRUNG TÂM CƠ XƯƠNG KHỚP BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Phạm Kim Linh¹, Nguyễn Văn Hùng^{1,2}, Bùi Hải Bình²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ và nhận xét một số yếu tố liên quan đến hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT) ở bệnh nhân xơ cứng bì tại Trung tâm Cơ Xương Khớp- Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên 52 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xơ cứng bì hệ thống theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2013, trong thời gian từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 06 năm 2023. **Kết quả:** Trong 52 BN xơ cứng bì nghiên cứu, 76,9% BN có HCDBTT,

với mức độ nhẹ, vừa và nặng tương ứng là 34,6%, 26,9% và 15,4%. Trong 10 tiêu chí HCDBTT theo thang điểm CRAF, mệt mỏi, bệnh đồng mắc, sử dụng nhiều thuốc chiếm chủ yếu, tương ứng là 95%, 80,8% và 94,2%. Về các yếu tố liên quan đến HCDBTT, nhóm có tổn thương phổi kẽ có tỷ lệ HCDBTT cao hơn (89,2% so với 46,7%), sự khác biệt có ý nghĩa với $p=0,005$, nhóm dùng thuốc ức chế miễn dịch có tỷ lệ HCDBTT cao hơn (91,4% so với 47,1%), sự khác biệt có ý nghĩa với $p=0,005$, hội chứng Raynaud làm tăng tỷ lệ HCDBTT (92,6% so với 60%), sự khác biệt có ý nghĩa với $p=0,038$. Ngược lại, HCDBTT không khác biệt giữa các nhóm tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, dung tích sống gắng sức và mức độ dày da ($p>0,05$). **Kết luận:** Bệnh nhân xơ cứng bì thường mắc HCDBTT, tình trạng này có liên quan đến tổn thương phổi kẽ, hội chứng Raynaud và sử dụng thuốc ức chế miễn dịch. Do vậy, các bệnh nhân cần được cân nhắc đánh giá HCDBTT để góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe toàn diện.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Hải Bình

Email: bsbinhnt25noi@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 25.12.2023

Từ khóa: Hội chứng dễ bị tổn thương, Xơ cứng bì, Thang điểm CRAF

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF FRAILTY SYNDROME IN SYSTEMIC SCLEROSIS PATIENTS AT CENTER FOR RHEUMATOLOGY – BACH MAI HOSPITAL

Objectives: Determine the prevalence of the frailty syndrome and its associated factors in patients with systemic sclerosis (SSc) at Centre for Rheumatology in Bach Mai Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional study was conducted on 52 patients with systemic sclerosis according to the 2013 ACR/EULAR classification criteria between January 2023 and June 2023. **Results:** Frailty syndrome was revealed in 52 SSc patients for a prevalence of 76.9%, with the prevalence of mild, moderate, and severe frailty were 34.6%, 26.9%, and 15.4% respectively. Among the 10 variables included in the CRAF index, the high prevalence of fatigue (95%), comorbidity (80,8%), and polypharmacy (94,2%) were observed. Regarding factors related to frailty syndrome, the group with interstitial lung damage has a higher frailty syndrome rate (89.2% compared to 46.7%), the difference is significant with $p=0.005$, the group using immunosuppressive drugs has a higher frailty syndrome rate (91.4% compared to 47.1%), the difference is significant with $p=0.005$, Raynaud's syndrome increases the frailty syndrome rate (92.6% compared to 60%), the difference is significant with $p=0.038$; otherwise, it was studied not about age, gender, time since diagnosis, forced vital capacity and skin thickness. **Conclusion:** Patients with systemic sclerosis often have frailty syndrome, this condition is related to interstitial lung damage, Raynaud's syndrome, and the use of immunosuppressive drugs. Therefore, the patients need to be considered for frailty syndrome assessment to contribute to improving the quality of comprehensive health care. **Keywords:** Frailty syndrome, Systemic sclerosis, CRAF index

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ cứng bì hệ thống (XCBHT) là bệnh qua trung gian miễn dịch, đặc trưng bởi tình trạng xơ hóa tiến triển của da và các cơ quan nội tạng kèm tổn thương mạch máu. Bệnh thường gặp ở nữ giới, độ tuổi 30 đến 50, đây là nguyên nhân tử vong chủ yếu trong các bệnh thấp khớp.¹

Hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT) là một hội chứng lâm sàng, xuất hiện do sự giảm dự trữ sinh lý và chức năng trên nhiều cơ quan, dẫn đến tình trạng tăng khả năng dễ bị tổn thương và các hậu quả bất lợi cho sức khỏe. Bệnh nhân (BN) có nguy cơ dễ bị ngã, suy giảm nhận thức, khuyết tật, sống phụ thuộc, tăng tỷ lệ mắc bệnh cấp tính, kéo dài thời gian nằm viện, và gia tăng tỷ lệ tử vong.² HCDBTT thường xảy ra ở người cao tuổi, mắc bệnh mạn tính như đái

tháo đường, tăng huyết áp, suy tim và các bệnh lý khớp viêm, trong đó có XCBHT. Trên thế giới, nhiều nghiên cứu trước cho thấy HCDBTT thường gặp ở bệnh nhân XCBHT, mức độ HCDBTT có liên quan đến nguy cơ tử vong trên bệnh nhân XCBHT.³ Việc đánh giá HCDBTT ở bệnh nhân XCBHT có thể hỗ trợ việc quản lý, điều trị và tiên lượng bệnh, từ đó góp phần tăng cường chăm sóc sức khỏe và nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về HCDBTT ở bệnh nhân XCBHT. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "*Xác định tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống tại Trung tâm Cơ Xương Khớp - Bệnh viện Bạch Mai*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu thực hiện trên 52 bệnh nhân đến khám và điều trị tại trung tâm Cơ Xương Khớp Bv Bạch Mai từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 06 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chẩn đoán XCBHT theo tiêu chuẩn của hội Khớp học Mỹ và hội Khớp học Châu Âu 2013 (ACR/EULAR 2013).

- BN có khả năng nghe và trả lời phỏng vấn, có khả năng thực hiện bài tập vận động.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN tinh thần không ổn định, hoặc đang mắc các bệnh nặng cấp tính.

- BN không có khả năng nghe và trả lời phỏng vấn, hoặc có chống chỉ định vận động và hoạt động thể lực

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Tiến hành nghiên cứu và biến số, chỉ số nghiên cứu:

- Những BN đủ tiêu chuẩn lựa chọn đều được hỏi bệnh, thăm khám và phỏng vấn theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất

- Thu nhập thông tin chung: tuổi, giới, nơi sống, thời gian từ lúc chẩn đoán bệnh, cân nặng, chiều cao, chỉ số khối cơ thể BMI, mức độ dày da theo điểm Rodnan sửa đổi (mRSS), tình trạng tổn thương phổi kẽ, hội chứng Raynaud, điều trị ức chế miễn dịch.

- Đo cơ lực tay bằng máy áp lực kế cầm tay Jamar 5030J1, đơn vị đo tính bằng kg. Đối tượng nghiên cứu ngồi thẳng vai khép, cẳng tay để thoải mái, khuỷu gấp 90 độ so với cẳng tay,

bệnh nhân bóp thật mạnh, hết sức vào tay nắm của máy đo. Thực hiện đo cơ lực mỗi tay 2 lần và lấy kết quả cao nhất.

- Sử dụng thang điểm CRAF gồm 10 tiêu chí để đánh giá HCDBTT. Các tiêu chí đánh giá gồm tình trạng dinh dưỡng, cơ lực, té ngã, bệnh đồng mắc, số lượng thuốc dùng, hoạt động xã hội, đau, mệt mỏi, hoạt động thể chất và rối loạn trầm cảm. Phân loại mức độ: điểm CRAF từ 0 đến 0.12: bình thường, > 0.12 đến ≤ 0.24 HCDBTT nhẹ, > 0.24 đến ≤ 0.36 HCDBTT vừa, > 0.36 HCDBTT nặng.

- Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26. Các biến định lượng được thể hiện dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn. Các tần suất được trình bày theo tỷ lệ %. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N=52)

Đặc điểm		Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤ 40	3	5,8
	41 - 59	29	55,8
	≥ 60	20	38,4
Tuổi trung bình		56,3 ± 10,69 (Min:22, Max:74)	
Giới	Nam	8	15,4
	Nữ	44	84,6
Thời gian mắc bệnh (năm)	≤ 3	34	65,4
	>3 - ≤ 7	9	17,3
	> 7	9	17,3
Thời gian từ lúc chẩn đoán bệnh trung bình (năm)		3,7 ± 3,81 (Min:0,1, Max:20)	
Mức độ dày da theo Rodnan sửa	mRSS = 0	0	0
	mRSS = 1- 17	25	48,1
	mRSS = 18-34	22	42,3

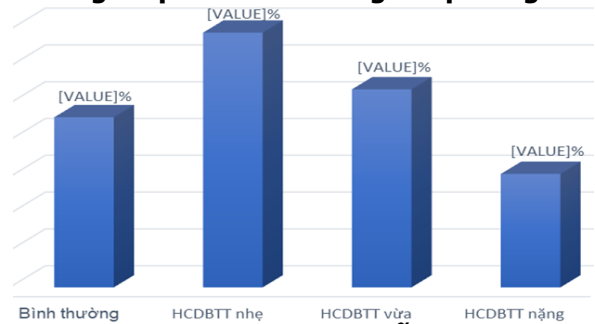
Bảng 2: Đặc điểm các tiêu chí thành phần của HCDBTT

Tiêu chí thành phần	N	Tỷ lệ (%)	Điểm cao nhất	X ± SD	
Tình trạng dinh dưỡng (BMI)	Bình thường/thừa cân	38	73,1	1,0	0,20 ± 0,36
	Béo phì	7	13,5		
	Nhẹ cân	7	13,5		
Cơ lực tay (kg)			34	20,73 ± 6,21	
Té ngã	0	0	0	0	
Bệnh đồng mắc	42	80,8	0,5	0,23±0,14	
Sử dụng nhiều thuốc	49	94,2	1,0	0,70 ± 0,30	
Hoạt động xã hội	21	47,7	1,0	0,26 ± 0,30	
Đau	32	61,5	0,6	0,15 ± 0,14	
Mệt mỏi	47	95	0,6	0,23 ± 0,12	
Hoạt động thể chất	38	73,1	0,8	0,17 ± 0,15	

đôi (mRSS)	mRSS = 35-51	5	9,6
Điểm dày da theo mRSS trung bình		19,9 ± 8,65 (Min:5, Max:40)	
Hội chứng Raynaud	Có	27	51,9
	Không	25	48,1
Tổn thương phổi kẽ	Có	37	71,2
	Không	15	28,8
Dung tích sống gắng sức (FVC)	FVC ≥ 80%	12	23,1
	FVC <80%-60%	22	42,3
	FVC < 60%	10	19,2
Dung tích sống gắng sức trung bình		68,7 ± 26,81 (Min:46, Max:120)	
Dùng thuốc ức chế miễn dịch	Có	35	67,3
	Không	17	32,7

Nhận xét: Bệnh xuất hiện chủ yếu ở nữ giới (chiếm 84,6%). Tuổi mắc bệnh trung bình là 56,3 tuổi, đa số BN mắc bệnh trong khoảng từ 41-59 tuổi (55,8%). 51,9% BN có hội chứng Raynaud. Đa số BN XCBHT có tổn thương phổi kẽ (71,2%) và có sử dụng thuốc ức chế miễn dịch (67,3%).

3.2. Tỷ lệ và đặc điểm hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống



Biểu đồ 1: Tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân xơ cứng bì

Nhận xét: Trong 52 bệnh nhân XCBHT, đa số BN có HCDBTT (chiếm 76,9%), trong đó, HCDBTT mức độ nhẹ chiếm 34,6%, mức độ vừa chiếm 26,9% và nặng chiếm 15,4%.

Trầm cảm	23	44,2	0,4	0,09 ± 0,12
Tổng điểm CRAF	40	76,9	0,59	0,23 ± 0,12

Nhận xét: Trong các tiêu chí thành phần của HCDBTT theo thang điểm CRAF, sử dụng nhiều thuốc cùng lúc chiếm tỷ lệ cao nhất (94,2%) và 80,8% BN có bệnh đồng mắc. Tình trạng mệt mỏi, đau, trầm cảm khá phổ biến, tương ứng gặp ở 95%, 61,5% và 44,2% BN, trong đó mức độ mệt

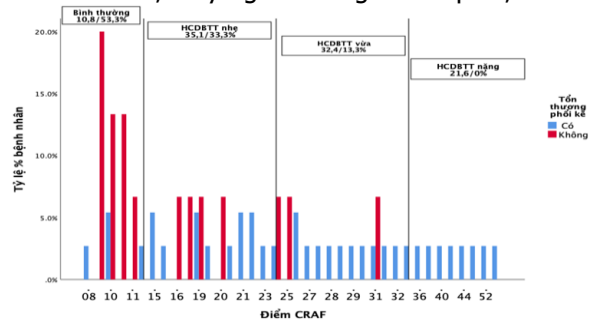
mỏi chủ yếu là vừa và nhẹ. Tỷ lệ BN bị ảnh hưởng về hoạt động xã hội và hoạt động thể chất tương ứng là 47,7% và 73,1%.

3.3. Môi liên quan giữa hội chứng dễ bị tổn thương và một số đặc điểm ở nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3: Liên quan giữa hội chứng dễ bị tổn thương và đặc điểm chung

Đặc điểm		Bình thường (%)	HCDBTT nhẹ (%)	HCDBTT vừa (%)	HCDBTT nặng (%)	P
Tuổi	≤ 40	33,3	66,7	0	0	0,766
	41 - 59	24,1	37,9	24,1	13,8	
	≥ 60	20	25	35	20	
Giới	Nam	25	37,5	25	12,5	1.000
	Nữ	22,7	34,1	27,3	15,9	
Thời gian từ lúc chẩn đoán bệnh (năm)	≤ 3	29,4	29,4	29,4	11,8	0,423
	>3 - ≤ 7	22,2	44,4	22,2	11,1	
	> 7	0	44,4	22,2	33,3	
Mức độ dày da theo Rodnan sửa đổi	mRSS = 0	0	0	0	0	0,811
	mRSS =1- 17	24	32	32	12	
	mRSS =18-34	27,3	36,4	18,2	18,2	
	mRSS =35-51	0	40	40	20	
Tổn thương phổi kẽ	Có	10,8	35,1	32,4	21,6	0,005
	Không	53,3	33,3	13,3	0	
Dung tích sống gắng sức (FVC)	≥ 80%	10	30	20	40	0,176
	< 80% - 60%	13,6	40,9	36,4	9,1	
	< 60%	41,710	16,7	33,3	8,3	
Dùng thuốc ức chế miễn dịch	Có	8,6	37,1	34,3	20	0,005
	Không	52,9	29,4	11,8	5,9	
Hội chứng Raynaud	Có	7,4	40,7	29,6	22,2	0,038
	Không	40	28	24	8	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa HCDBTT với tình trạng tổn thương phổi kẽ, dùng thuốc ức chế miễn dịch, và hội chứng Raynaud ở bệnh nhân XCBHT, có ý nghĩa thống kê với p<0,05.



Biểu đồ 2: Tổn thương phổi kẽ với HCDBTT ở bệnh nhân XCBHT

IV. BÀN LUẬN

Trong số 52 BN nghiên cứu, nữ giới chiếm tỷ lệ 84,6% cao hơn so với nam giới là 15,4%, tỷ lệ nữ/ nam khoảng 5,5/1. Tuổi trung bình mắc bệnh là 56,33 ± 10,69, đa số thuộc nhóm 41-59 tuổi

với tỷ lệ 55,8%. Đặc điểm dịch tễ học như tuổi và giới của bệnh nhân trong nghiên cứu này phù hợp với các đặc điểm dịch tễ học của XCBHT và các nghiên cứu trước. Lưu Phương Lan cho thấy tuổi trung bình là 52,5 và giới nữ chiếm 78%.⁴ Đa số BN xơ cứng bì có tổn thương phổi kẽ (chiếm 71,2%), kết quả này tương tự như nghiên cứu của tác giả Lưu Phương Lan với 76,4%, tác giả Gatta cũng cho thấy hầu hết BN xơ cứng bì có tổn thương phổi kẽ với 85%.^{4,5} Có khoảng 60% các ca tử vong ở BN xơ cứng bì liên quan đến tổn thương phổi, điều này cho thấy rằng tầm soát và đánh giá tình trạng tổn thương phổi là quan trọng, giúp tiên lượng nguy cơ tử vong.

Có 40 BN có HCDBTT chiếm 76,9%, trong đó HCDBTT mức độ nhẹ chiếm 34,6%, mức độ vừa chiếm 26,9% và mức độ nặng chiếm 15,4%. Theo ghi nhận trên các nghiên cứu ở các quốc gia và các đối tượng khác nhau thì tỷ lệ HCDBTT cũng khác nhau rất nhiều từ 4% đến 59,1%.⁶ Theo Vanessa, nghiên cứu trên 94 BN XCBHT bằng thang điểm PFP (Physical Frailty Phenotype

by Fried) cho thấy tỷ lệ HCDBTT và tiền HCDBTT là 35,1% và 56,4%.³ Sự khác biệt giữa các nghiên cứu là do HCDBTT được đánh giá theo các tiêu chuẩn khác nhau. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng thang điểm CRAF với ưu điểm: đánh giá HCDBTT ở nhiều khía cạnh hơn, chuyên sâu hơn cho nhóm bệnh lý cơ xương khớp, do đó đánh giá sức khỏe toàn diện hơn với mức độ tin cậy và chính xác cao. Thêm nữa, nhóm đối tượng nghiên cứu có tỉ lệ HCDBTT cao hơn (76,9%), thực hiện chủ yếu trên BN nội trú làm cho tỷ lệ HCDBTT có thể cao hơn các nghiên cứu khác.

Tỷ lệ HCDBTT ở BN xơ cứng bì có tổn thương phổi kẽ là 89,2%, trong đó HCDBTT mức độ nặng là 21,6%, tiếp theo đó mức độ vừa là 32,4% và nhẹ là 35,1%. Trong khi đó, tỷ lệ không bị HCDBTT ở BN không có tổn thương phổi kẽ là 53,3%. Có liên quan mật thiết giữa HCDBTT và BN XCBHT có tổn thương phổi kẽ với $p < 0,01$. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự các nghiên cứu khác như Guler SA (2017) và S.Bhorade (2019) cùng quan điểm về mối liên quan giữa HCDBTT và tình trạng tổn thương phổi kẽ.^{8,9} Khi phân tích mối liên quan giữa HCDBTT và BN XCBHT có hội chứng Raynaud, ghi nhận mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,038$. Hội chứng Raynaud gây đau do thiếu máu cục bộ, có thể dẫn đến loét đầu chi, loạn dưỡng chi, trường hợp nặng tổn thương không hồi phục gây nhiễm trùng, hoại tử, cắt cụt chi. Tình trạng này có thể ảnh hưởng ở các mức độ khác nhau đến sinh hoạt hàng ngày của BN như hoạt động thể chất, hoạt động xã hội, từ đó làm tăng nguy cơ mắc HCDBTT. Nhóm BN dùng thuốc ức chế miễn dịch có tỷ lệ HCDBTT cao hơn nhóm không dùng thuốc (91,4% so với 47,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,005$. Mặc dù không thể phủ nhận tác dụng điều trị của nhóm thuốc ức chế miễn dịch trong điều trị bệnh XCBHT, nhưng độc tính của thuốc có thể gây ảnh hưởng đến người bệnh, làm tăng nguy cơ dễ bị tổn thương. Các thử nghiệm lâm sàng trên thế giới cũng ghi nhận, việc sàng lọc HCDBTT ở nhóm bệnh nhân bệnh lý khớp viêm có thể xác định được nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao, từ đó cải thiện được chất lượng điều trị, bệnh nhân giảm nguy cơ bị ảnh hưởng từ tác dụng phụ của thuốc ức chế miễn dịch.

Nghiên cứu của chúng tôi với thiết kế mô tả cắt ngang, được thực hiện trong thời gian ngắn trên số lượng bệnh nhân nhỏ, vì thế kết quả có

thể chưa thực sự khách quan. Trong tương lai cần phát triển nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn trong thời gian dài hơn để đưa ra kết quả khách quan về đặc điểm và các yếu tố liên quan đến hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân xơ cứng bì.

V. KẾT LUẬN

Hội chứng dễ bị tổn thương thường xuất hiện trên bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống, chủ yếu là HCDBTT mức độ nhẹ. Các yếu tố liên quan đến HCDBTT gồm tổn thương phổi kẽ, hội chứng Raynaud và thuốc ức chế miễn dịch. Do vậy cần sàng lọc thường quy HCDBTT ở bệnh nhân xơ cứng bì để góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe toàn diện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Denton CP, Khanna D. Systemic sclerosis. The Lancet. 2017; 390 (10103):1685-1699. doi: 10.1016/ S0140-6736 (17)30933-9
2. Fried LP, Hadley EC, Walston JD, et al. From Bedside to Bench: Research Agenda for Frailty. Sci Aging Knowl Environ. 2005;2005(31). doi:10.1126/sageke.2005.31.pe24
3. Hax V, Tessari J, Pena E, et al. Physical frailty in patients with systemic sclerosis. Seminars in Arthritis and Rheumatism. 2022;56:152077. doi:10.1016/j.semarthrit.2022.152077
4. Lưu Phương Lan. Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng và Chức Năng Thông Khí Phổi Trên Bệnh Nhân Xơ Cứng Bì Hệ Thống. Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội; 2015.
5. Gatta G, Di Grezia G, Iacomino A, et al. HRCT in systemic sclerosis: correlation between respiratory functional indexes and extension of lung failure. J Biol Regul Homeost Agents. 2013;27(2):579-587.
6. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of Frailty in Community-Dwelling Older Persons: A Systematic Review. J American Geriatrics Society. 2012;60(8): 1487-1492. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x
7. Zanotto T, Galperin I, Mirelman A, et al. Frailty and Falls in People Living With Multiple Sclerosis. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2022;103(5):952-957. doi:10.1016/j.apmr.2021.10.025
8. Guler SA, Kwan JM, Winstone TA, et al. Severity and features of frailty in systemic sclerosis-associated interstitial lung disease. Respiratory Medicine. 2017;129:1-7. doi:10.1016/j.rmed.2017.05.012
9. Bhorade S, Jablonski R, Lee J, et al. Frailty Measurements in Systemic Sclerosis Differ from Other Fibrotic Interstitial Lung Diseases. In: A37. connective tissue disease-interstitial lung disease. American Thoracic Society; 2019: A1429-A1429. doi: 10.1164/ ajrccm-conference.2019.199.1_MeetingAbstracts.A1429