

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TỔN THƯƠNG PHỔI CỦA BỆNH XƠ CỨNG BÌ HỆ THỐNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

LƯƠNG ĐỨC DŨNG¹, ĐINH THỊ MINH¹

¹ Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, Số 12 Chu Văn An, Ba Đình, Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: **Lương Đức Dũng**
Email: luongducdungquyet@yahoo.com
Ngày nhận bài báo: 26/05/2024
Ngày nhận phản biện khoa học: 12/06/2024
Ngày duyệt đăng: 20/06/2024

Tóm tắt:

Nghiên cứu nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương phổi trên 20 bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống (Systemic Sclerosis- XCBHT) khám, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 4/2022 đến tháng 10/2022. Kết quả cho thấy: triệu chứng mệt mỏi, tức ngực, khó thở và hội chứng Raynaud chiếm đa số với tỷ lệ 35-40%, ho khan và ho ra máu ít phổ biến hơn với tỷ lệ 5%. Rối loạn sắc tố da và xạm da xuất hiện phổ biến ở bệnh nhân XCBHT, dao động từ 55-60% và có khoảng 30-40% bệnh nhân có hạn chế vận động và đau viêm khớp, trong khi đó biến dạng khớp chỉ chiếm 15%. Về đặc điểm cận lâm sàng: hai biểu hiện thường gặp ở bệnh nhân XCBHT là hở van hai lá (40%) và tràn dịch màng ngoài tim (15%). 15% bệnh nhân có hình ảnh viêm phổi kẽ trên hình ảnh chụp CT -32 dãy. Chỉ số hồng cầu, bạch cầu và creatinin giảm, trong khi đó cholesterol, triglycerid tăng so với chỉ số bình thường. Về một số yếu tố tiên lượng bệnh XCBHT: Các chỉ số FVC, SCV, FEV6, FEV1/FVC và tuổi, số năm mắc bệnh có mối tương quan nghịch, không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Từ khóa: Bệnh xơ cứng bì hệ thống, XCBHT, systemic sclerosis, SSs.

CLINICAL, SUB-CLINICAL CHARACTERISTICS AND LUNG DAMAGE IN SYSTEM SCLEROSIS IN SAINT PAUL GENERAL HOSPITAL

SUMMARY: The research aimed to evaluate the clinical, sub-clinical characteristics and lung damage in 20 patients with systemic sclerosis (SSc) who were examined and treated as outpatients at Saint Paul General Hospital from April 2022 to October 2022. The results showed: Symptoms such as fatigue, chest tightness, shortness of breath, and Raynaud's syndrome were predominant, accounting for 35-40%, while dry cough and hemoptysis were less common, with a prevalence of 5%. Skin pigmentation disorders and hyperpigmentation were common in SSc patients, ranging from 55-60%, and around 30-40% of patients experienced limited mobility and joint pain/inflammation, while joint deformities accounted for only 15%. Regarding paraclinical characteristics: Two common manifestations in SSc patients were mitral valve regurgitation (40%) and pericardial effusion (15%). Additionally, 15% of patients had interstitial lung inflammation as seen on 32-slice CT scans. Red blood cell, white blood cell, and creatinine levels were decreased, whereas cholesterol and triglycerides were elevated compared to normal values. Regarding some prognostic factors in SSc: The FVC, SVC, FEV6, FEV1/FVC indices and age, and disease duration were negatively correlated, not statistically significant with $p > 0.05$.

Keywords: *systemic sclerosis, SSc.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ cứng bì hệ thống (XCBHT) là một bệnh tự miễn dịch, đặc trưng bởi giảm độ đàn hồi, xơ cứng da, và tổn thương các cơ quan nội tạng như đường tiêu hóa, mạch máu, tim, phổi, thận. Bệnh gặp nhiều ở nữ giới (82%) và phổ biến hơn ở người da đen. Độ tuổi thường gặp là từ 30 đến 50¹. Tổn thương phổi là biểu hiện lâm sàng quan trọng nhất, liên quan đến tiên lượng bệnh. Tổn thương phổi là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong² chủ yếu do tăng áp động mạch phổi (TADMP) và tổn thương phổi kẽ (TTPK), chiếm hơn 60% tổng số ca tử vong³. Khám nghiệm tử thi cho thấy 100% bệnh nhân XCBHT có tổn thương phổi⁴. TADMP có thể xảy ra đơn độc hoặc kèm

theo TTPK, làm giảm đáng kể thời gian sống của bệnh nhân. Chụp cắt lớp vi tính và thăm dò chức năng phổi cho thấy tỷ lệ cao bệnh nhân XCBHT bị TTPK. Các dấu hiệu tổn thương phổi thường xuất hiện sớm, với 25% bệnh nhân bị tổn thương trong vòng 3 năm sau chẩn đoán⁵. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương phổi ở bệnh nhân XCBHT, đồng thời phân tích các yếu tố liên quan đến tổn thương phổi.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán xác định XCBHT, điều trị tại Bệnh viện

Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 4/2022 đến tháng 10/2022.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

Chọn tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán XCBHT khi có tổng điểm từ 9 điểm trở lên theo tiêu chuẩn của Hội khớp học Mỹ của hội Khớp học Mỹ và hội khớp học Châu Âu 2013, bao gồm: 1. Dày da các ngón tay của cả 2 bàn tay lan rộng đến khớp bàn ngón tay (đủ tiêu chuẩn chẩn đoán). Dày da các ngón tay (chỉ tính điểm số cao nhất). 2. Tổn thương đầu ngón tay (chỉ tính điểm số cao nhất). 3. Giãn mạch dưới da. 4. Bất thường khi soi mao mạch nền móng. 5. Tăng áp động mạch phổi và/hoặc tổn thương phổi kẽ (tối đa 2 điểm). 6. Hiện tượng Raynaud. 7. Các tự kháng thể liên quan đến XCBHT (kháng

thể kháng centromere, kháng thể kháng topoisomerase I, kháng thể kháng RNA polymerase III) tối đa 3 điểm.

Bệnh nhân được chẩn đoán XCBHT khi có tổng điểm từ 9 trở lên.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân <18 tuổi.
- Bệnh nhân bị xơ cứng bì hệ thống khu trú.
- Bệnh tự miễn khác: viêm khớp dạng thấp, lupus ban đỏ hệ thống...
- Viêm tổ chức dưới da, suy tim, tăng áp động mạch phổi do các nguyên nhân khác (lupus ban đỏ).
- Bệnh nhân bị rối loạn tâm thần, không có khả năng nhận thờ hoặc miệng quá cứng, nhỏ không thể ngậm ống thờ để thăm dò chức năng phổi, đang mắc các bệnh hô hấp cấp.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

* Phương pháp nghiên cứu: *nghiên cứu mô tả cắt ngang*

* Thời gian nghiên cứu: từ tháng 4/2022 đến tháng 10/2022.

* Phương pháp lựa chọn đối tượng nghiên cứu (ĐTNC): Đối tượng được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, không phân biệt giới tính, mức độ nặng nhẹ, giai đoạn của bệnh.

2.5. Thu thập và xử lý số liệu

Thu thập số liệu bằng cách sử dụng bệnh án mẫu. Các số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phương pháp toán thống kê y học, sử dụng chương trình SPSS 22.0 để tính: trung bình, phương sai, độ lệch chuẩn, khi so sánh dùng test “X²”. Ý nghĩa thống kê đạt khi p < 0,05.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

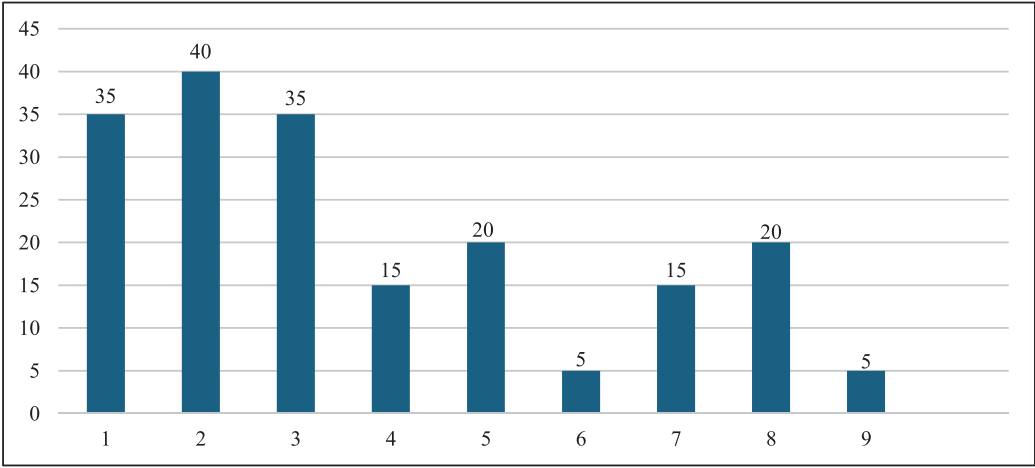
Tất cả các ĐTNC tự nguyện tham gia vào nghiên cứu sau khi được tư vấn đầy đủ. Các số liệu y học mang tính cá nhân trong nghiên cứu được đảm bảo nguyên tắc bí mật.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng tham gia nghiên cứu (N=20)

	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nữ	19	95
	Nam	1	5
Nhóm tuổi	30-39	4	20
	40-49	6	30
	50-59	3	15
	60-69	5	25
	Trên 70	2	10
Trình độ học vấn	Tiểu học	1	5
	THCS	7	35
	THPT	5	25
	Đại học/CĐ	7	35
Nghề nghiệp	Trí thức	4	20
	Lao động chân tay	3	15
	Nghề khác	4	20
	Nghỉ hưu	9	44
Tiền sử gia đình XCBHT	Có	1	5
	Không	19	95
Số năm mắc bệnh	Dưới 1 năm	2	10
	1-5 năm	16	80
	5-10 năm	1	5
	Trên 10 năm	1	5
Điều trị	Có	20	100

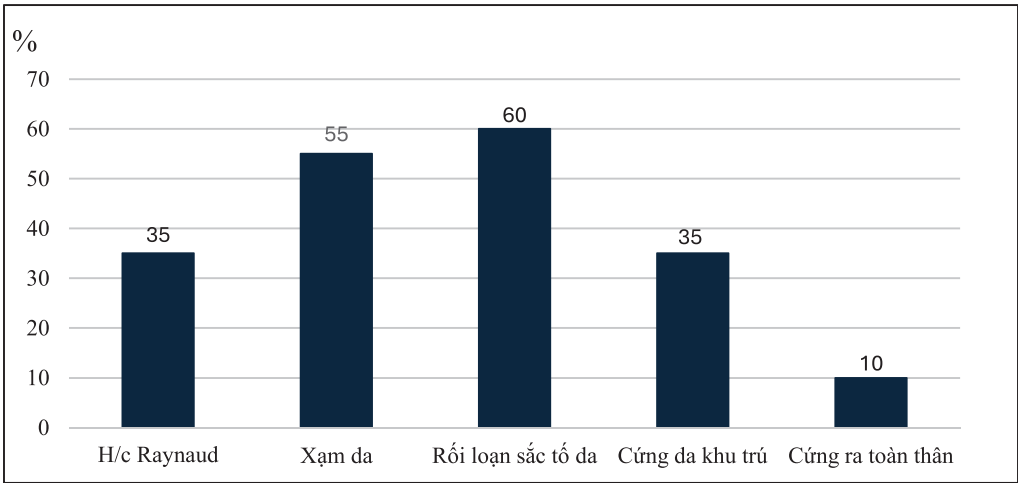
Nhận xét: Nữ chiếm đa số với 95%. Bệnh nhân ở các nhóm tuổi đồng đều, trong đó nhóm tuổi 40-49 chiếm 30%. Có 35% bệnh nhân có trình độ học vấn THCS. 44% bệnh nhân là người nghỉ hưu. Chỉ 1 bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc XCBHT. 80% bệnh nhân mắc bệnh từ 1-5 năm. 100% bệnh nhân được điều trị XCBHT.



1 - Tức ngực; 2 - Mệt mỏi; 3 - Khó thở; 4 - Đau đầu khi gắng sức; 5 - Ho khan; 6 - Đau thắt ngực; 7 - Choáng ngất; 8 - Phù chân; 9 - Ho ra máu.

Biểu đồ 1. Biểu hiện toàn thân (N=20)

Nhận xét: triệu chứng mệt mỏi, tức ngực, khó thở chiếm đa số với tỷ lệ từ 35-40%, triệu chứng ho khan và ho ra máu ít phổ biến hơn với 5% bệnh nhân gặp triệu chứng này.



Biểu đồ 2. Biểu hiện về da (N=20)

Nhận xét: rối loạn sắc tố da và xạm da xuất hiện phổ biến ở bệnh nhân XCBHT, triệu chứng cứng da toàn thân chiếm tỷ lệ thấp với 10%.

Bảng 2. Biểu hiện về khớp và vận động (N=20)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Hạn chế vận động	Có	6	30
	Không	14	70
Đau viêm khớp	Có	8	40
	Không	12	60
Biến dạng khớp	Có	3	15
	Không	17	85

Nhận xét: có 30-40% bệnh nhân có hạn chế vận động và đau viêm khớp, trong khi đó biến dạng khớp chỉ xuất hiện ở 15% bệnh nhân.

Bảng 3. Biểu hiện qua một số chỉ số siêu âm tim (N=20)

Đặc điểm	Đơn vị	Trung bình ± SD	Min	Max
Áp lực tâm thu động mạch phổi	mmHg	24,44 ± 23,7	14	122
Đường kính nhĩ trái	mm	27,88 ± 3,09	21,6	33
Đường kính động mạch chủ	mm	27,36 ± 2,43	21,7	34
Dd	mm	38,26 ± 5,87	24,8	50
Ds	mm	23,85 ± 4,19	14,1	30,22
Vs	mm	23,33 ± 12,54	5,1	55
EF	%	68,89 ± 7,59	45,6	81,1

Nhận xét: Áp lực tâm thu động mạch phổi trung bình của bệnh nhân là 24,44 ± 23,7 mmHg, cao nhất là 122 mmHg. Đường kính nhĩ trái trung bình là 27,88 ± 3,09 mm, cao nhất là 33 mm, và đường kính động mạch chủ trung bình là 27,36 ± 2,43 mm, cao nhất là 34 mm. Phân suất tổng máu trung bình là 68,89 ± 7,59%, thấp nhất là 45,6% và cao nhất là 81,1%.

Bảng 4. Biểu hiện qua siêu âm tim (N=20)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tràn dịch màng ngoài tim	3	15
Hở van hai lá	8	40
Hở van ba lá	1	5
Hở van động mạch chủ	1	5
Hở van động mạch phổi	1	5
Thoái hóa van hai lá, ba lá	1	5

Nhận xét: hở van hai lá (40%) và tràn dịch màng ngoài tim (15%) là hai biểu hiện thường gặp ở bệnh nhân XCBHT.

Bảng 5. Kết quả thăm dò thông khí phổi

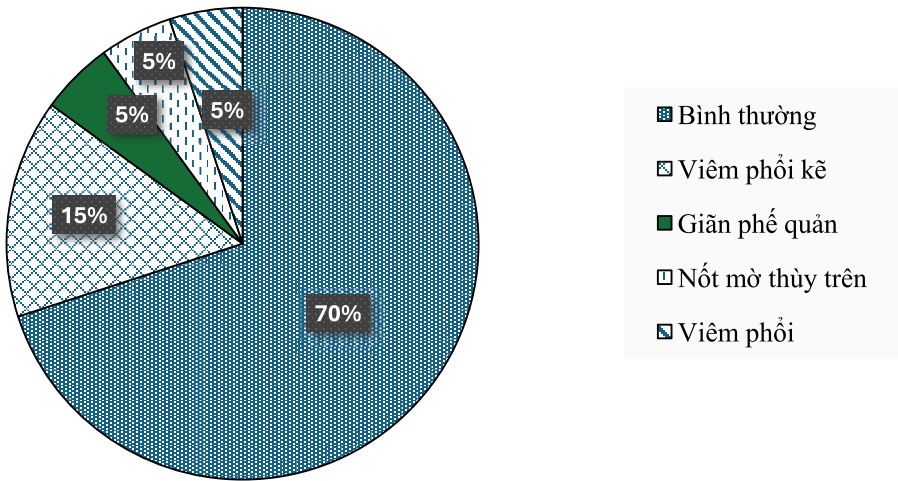
Đặc điểm	< 80% n (%)	Trung bình ± SD	Min	Max
SVC (n=11)	7 (63,63%)	76,26 ± 12,57	58	106
FVC (n=11)	7 (63,63%)	78 ± 11,45	60	103
FEV1 (n=11)	8 (72,73%)	74 ± 13,21	51	96
FEV1/FVC (n=11)	1 (9,09%)	95,5 ± 10,91	71	105
FEV6 (n=9)	4 (44,44%)	77,67 ± 11,16	60	89
FEF25-75 (n=11)	8 (72,73%)	65,54 ± 17,18	36	86

Nhận xét: Giá trị trung bình của các chỉ số khi thăm dò chức năng thông khí phổi bằng phế dung kế như SCV, FVC FEV1 đều giảm.

Bảng 6. Biểu hiện về chức năng hô hấp (N=11)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Hô hấp kỳ	Bình thường	6	54,55
	Bất thường	5	45,45
Hội chứng hạn chế	Không	6	54,55
	Nhẹ	5	45,45
Hội chứng tắc nghẽn	Không	7	63,64
	Nhẹ	4	36,36
Test giãn phế quản	Có đáp ứng	10	90,91
	Không đáp ứng	1	9,09

Nhận xét: 36,36 - 45,45% bệnh nhân có hội chứng hạn chế và hội chứng tắc nghẽn.



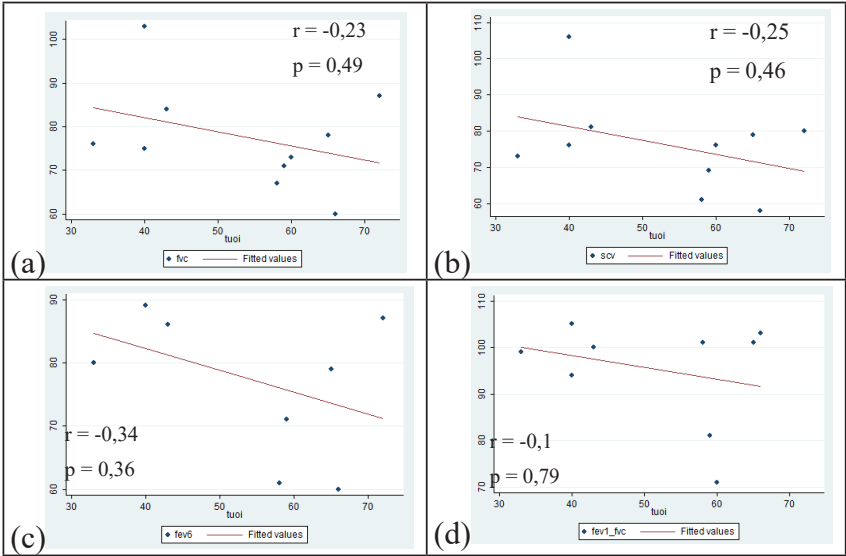
Biểu đồ 3. Biểu hiện về tổn thương phổi chụp CT-32 dây (N=20)

Nhận xét: 15% bệnh nhân có hình ảnh viêm phổi kẽ trên hình ảnh chụp CT-32 dây, số ít bệnh nhân bị giãn phế quản, viêm phổi và có vết mờ thùy trên.

Bảng 7. Biểu hiện chỉ số công thức máu và chỉ số sinh hóa (N=20)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Hồng cầu	Giảm	5	25,00
	Bình thường	15	75,00
Bạch cầu	Giảm	9	45,00
	Bình thường	11	55,00
Creatinin	Bình thường	13	65,00
	Thấp	7	35,00
Cholesterol	Bình thường	16	80,00
	Cao	4	20,00
Triglicerid	Bình thường	11	65,00
	Cao	9	45,00

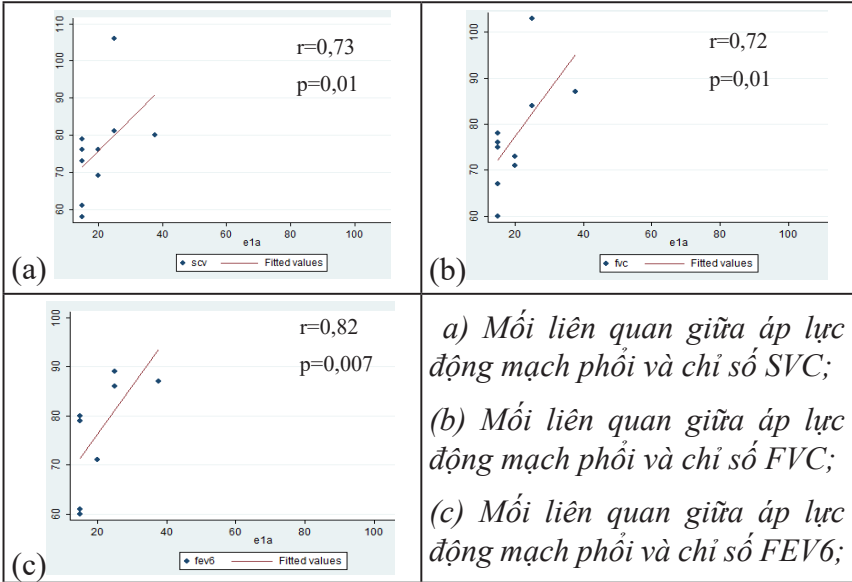
Nhận xét: Chỉ số hồng cầu, bạch cầu, creatinin giảm, trong khi đó chỉ số cholesterol, triglicerid tăng so với chỉ số bình thường.



(a) Mối liên quan giữa tuổi và chỉ số FVC; (b) Mối liên quan giữa tuổi và chỉ số SCV; (c) Mối liên quan giữa tuổi và chỉ số FEV6; (d) Mối liên quan giữa tuổi và chỉ số FEV1/FVC.

Biểu đồ 4. Mối liên quan giữa chỉ số thông khí phổi và tuổi

Nhận xét: giữa các chỉ số FVC, SCV, FEV6, FEV1/FVC và tuổi có mối tương quan nghịch, không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



a) Mối liên quan giữa áp lực động mạch phổi và chỉ số SVC;
b) Mối liên quan giữa áp lực động mạch phổi và chỉ số FVC;
c) Mối liên quan giữa áp lực động mạch phổi và chỉ số FEV6;

Biểu đồ 5. Mối liên quan giữa chỉ số áp lực động mạch phổi và một số chỉ số thông khí phổi

Nhận xét: giữa chỉ số áp lực động mạch phổi và chỉ số SVC, FVC, FEV6 có mối tương quan thuận, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân XCBHT

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam nữ mắc bệnh XCBHT là 1:19 nhưng chỉ phản ánh tỷ lệ giới tính trong nghiên cứu chứ không phản ánh tỷ lệ thực tế giữa nam và nữ. Các nghiên cứu trước đây đã

chỉ ra rằng phụ nữ có nguy cơ mắc bệnh cao hơn nam từ 4-9 lần⁵, tỷ lệ nữ/nam dao động từ 3/1 đến 6/1⁶. Tuy nhiên, nguyên nhân chính của sự khác biệt này vẫn chưa được hiểu rõ và có thể liên quan đến hormone giới tính. Tác giả Karassa ghi nhận rằng nam giới có tỷ lệ tử vong cao hơn so với nữ, mặc dù phụ nữ có tỷ lệ nhập viện cao gấp 4,5 lần nam giới, nhưng tỷ lệ tử vong trong bệnh viện lại thấp hơn 25%⁷. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng các chỉ số creatinine, hematocrit và creatinine phosphokinase trung bình trong máu nam giới cao hơn nữ giới. Mặt khác, chất lượng cuộc sống của nam giới lại thấp hơn đáng kể so với phụ nữ (theo bảng câu hỏi đánh giá về sức khỏe và tàn tật)⁸. Trong phạm vi nghiên cứu này, hầu hết bệnh nhân mắc XCBHT đã có thời gian mắc bệnh từ 1 đến 5 năm (80%), chỉ có một số ít mắc bệnh hơn 10 năm (5%). Việc tuân thủ điều trị bệnh có ý nghĩa trong việc cải thiện tổn thương da và ổn định các triệu chứng toàn thân của bệnh XCBHT⁹, có thể là lý do vì sao tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu sau khi chẩn đoán mắc XCBHT đều được điều trị.

** Các bệnh lý đồng mắc*

Trong bệnh XCBHT, như các bệnh tự miễn khác, gây tổn thương đa cơ quan trong cơ thể. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ tiền sử bệnh tim mạch và tăng huyết áp dao động từ 20-25%, cao hơn so với tiền sử bệnh hô hấp và các bệnh hệ thống khác (5-10%). Nghiên cứu của Hettema (2008) trên 49 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp là 24%¹⁰. Lưu

Phương Lan cũng chỉ ra tỷ lệ bệnh nhân XCBHT kết hợp với rối loạn lipid máu (27,1%), tiền sử đái tháo đường (7,5%), và các bệnh khác như bệnh tự miễn, bệnh lý tuyến giáp, và hút thuốc lá¹¹. Tổn thương cơ tim, xơ hoá màng ngoài tim và van tim thường gặp ở bệnh nhân XCBHT liên quan đến tăng áp động mạch phổi và bệnh lý thận. Mọi liên quan giữa bệnh tim và XCBHT có ý nghĩa quan trọng đối với dự đoán tiên triển bệnh và hiệu quả điều trị^{11,12}.

* Áp lực động mạch phổi

Kết quả siêu âm Doppler tim cho thấy áp lực tâm thu động mạch phổi trung bình là $24,44 \pm 23,7$ mmHg ở bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu, cao nhất đạt 122 mmHg. Hầu hết các bệnh nhân có áp lực động mạch phổi trong giới hạn bình thường, nhưng một số đã có tăng áp động mạch phổi, điều này có thể dự báo sự tiến triển nặng của bệnh và hướng dẫn điều trị thích hợp.

* Phân suất tổng máu

Kết quả nghiên cứu cho thấy phân suất tổng máu trung bình là $68,89 \pm 7,59\%$, với giá trị thấp nhất là 45,6% và cao nhất là 81,1% (Bảng 3.4), cho thấy hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu có EF trong giới hạn bình thường. Tổn thương tim ở bệnh nhân XCBHT thường xuất hiện ở giai đoạn muộn, đi kèm với triệu chứng như khó thở, mệt mỏi, đánh trống ngực và đau thắt ngực. Các tổn thương tim bao gồm hở van hai lá (40%) và tràn dịch màng ngoài tim (15%). Sinh bệnh học của tổn thương tim đa dạng từ viêm, xơ hóa và các bất thường mạch máu^{13,14}.

4.2. Một số yếu tố liên quan bệnh XCBHT và tổn thương phổi

* Tuổi và số năm mắc bệnh

Bệnh XCBHT thường gặp ở tuổi trung niên, chủ yếu từ 30-50 tuổi và phổ biến hơn ở phụ nữ. Chẩn đoán sau 50 tuổi có tỷ lệ tử vong và nguy cơ ung thư cao hơn so với bệnh nhân trẻ. Tuổi và số năm mắc bệnh càng cao thì chỉ số thông khí phổi càng thấp. Kết quả này chưa có ý nghĩa thống kê nhưng vẫn khẳng định mối liên quan giữa tuổi, số năm mắc bệnh và tổn thương phổi ở bệnh nhân XCBHT. Nghiên cứu của Sotiris (2006) cho thấy chỉ số FVC trong 3 năm đầu tiên mắc bệnh có thể dự đoán sự suy giảm chức năng phổi, và bệnh nhân có chức năng phổi bình thường ban đầu có nguy cơ thấp bị suy giảm chức năng phổi¹⁵.

* Áp lực động mạch phổi

Chúng tôi đã đánh giá mối liên quan giữa chỉ số áp lực động mạch phổi (ALĐMP) và các chỉ số thông khí phổi. Kết quả cho thấy ALĐMP có mối tương quan thuận với chỉ số SVC, FVC, và FEV6, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Khi bệnh nhân có tổn thương phổi nặng, các chỉ số chức năng hô hấp giảm và ALĐMP tăng. Điều này phù hợp với lâm sàng khi bệnh nhân khó thở, tức ngực, và hạn chế thông khí phổi.

Sự giảm thông khí phổi làm giảm khả năng vận chuyển oxy, dẫn tới thiếu oxy ở các cơ quan quan trọng như tim, phổi, và não. Thiếu oxy máu khiến tim tăng cường hoạt động, dẫn đến suy tim phải và suy tim toàn bộ. Tại phổi, thiếu oxy dẫn đến tăng

trao đổi khí phế nang và co mao mạch phổi, lâu ngày gây xơ cứng các mao mạch và tăng ALĐMP, gây suy chức năng tim và phổi.

Không có tác giả nào đề cập đến các yếu tố nguy cơ gây tăng ALĐMP ở bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống (XCBHT). Tuy nhiên, có hai nguyên nhân chính gây tăng ALĐMP: nguyên nhân tại phổi (tổn thương phổi, màng phổi, mạch máu, van động mạch phổi) và nguyên nhân ngoài phổi (suy tim, bệnh tim bẩm sinh hoặc mắc phải, tắc nghẽn mạch, bệnh tự miễn). Cả hai nguyên nhân này đều ảnh hưởng đến chức năng phổi và gây tăng ALĐMP.

Trong bệnh XCBHT, việc xác định vai trò của từng cơ quan trong cơ chế gây tăng ALĐMP cần được nghiên cứu thêm trên cùng một nhóm bệnh nhân trong thời gian dài.

* Biểu hiện tổn thương da

Chức năng thông khí phổi có liên quan đến mức độ nặng của bệnh thông qua điểm Medsger và mức độ dày da thông qua điểm Rodnan. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không tìm thấy mối liên quan giữa các biểu hiện tổn thương da, Hội chứng Raynaud và các chỉ số thông khí phổi, tổn thương phổi do cỡ mẫu nhỏ ($p > 0,05$). Các nghiên cứu trước đây đã chỉ rõ mối liên quan này ở bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống (XCBHT).

Cả DLCO, FVC, và TLC đều có mối liên quan nghịch chặt chẽ với điểm Medsger. Bệnh nhân có TLC và FVC $< 80\%$ có điểm Medsger cao hơn rõ rệt và có ý nghĩa thống kê so với nhóm có FVC và TLC bình thường. Điều này chứng tỏ chức năng phổi có

thể được sử dụng để đánh giá mức độ nặng của bệnh.

Với điểm dày da Rodnan, chỉ số FVC có mối tương quan nghịch chặt chẽ và có ý nghĩa thống kê, trong khi DLCO và TLC có hệ số tương quan thấp, có thể do số lượng bệnh nhân đo FVC đủ lớn (n=106), còn số bệnh nhân đo DLCO và TLC thấp. Nguy cơ rối loạn thông khí hô hấp ở bệnh nhân có điểm Rodnan > 14 điểm có OR = 8,925 (95% CI 3,098 - 25,708, p=0,001).

Tóm lại, chức năng phổi có thể được sử dụng để đánh giá mức độ nặng của bệnh và mức độ dày da.

V KẾT LUẬN

- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống khá đa dạng. Triệu chứng mệt mỏi, tức ngực, khó thở và hội chứng Raynaud chiếm đa số với tỷ lệ 35-40%. Rối loạn sắc tố da và xạm da dao động từ 55-60% và có khoảng

30-40% bệnh nhân có hạn chế vận động và đau viêm khớp

- Hai biểu hiện thường gặp ở bệnh nhân XCBHT là hở van hai lá (40%) và tràn dịch màng ngoài tim (15%). Chỉ số hồng cầu, bạch cầu và creatinin giảm, trong khi đó chỉ số cholesterol, triglycerid tăng so với chỉ số bình thường.

- Các chỉ số FVC, SCV, FEV6, FEV1/FVC và tuổi, số năm mắc bệnh có mối tương quan nghịch, không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gelber A.C., Manno R.L., Shah A.A., et al. (2013). Race and Association With Disease Manifestations and Mortality in Scleroderma. *Medicine (Baltimore)*, 92(4), 191-205.
2. Steen V. (2003). Predictors of end stage lung disease in systemic sclerosis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 62(2), 97-99.
3. Steen V.D., Conte C., Owens G.R., et al. (1994). Severe restrictive lung disease in systemic sclerosis. *Arthritis Rheum*, 37(9), 1283-1289.
4. Schoenfeld S.R. and Castellino F.V. (2017). Evaluation and management approaches for scleroderma lung disease. *Ther Adv Respir Dis*, 11(8), 327-340.
5. Jimenez S.A (2015). Scleroderma, Emedicine Medscape.
6. Hausteil U.F (2011). Systemic Sclerosis. *Lab Med*, 42(9), 562-572.
7. Karassa F.B (2008). Mortality in systemic sclerosis. 26 (51), 85-93.
8. Barnes J (2012). Epidemiology of systemic sclerosis: incidence, prevalence, survival, risk factors, malignancy, and environmental triggers. *Curr Opin Rheumatol*, 24, 165-170.
9. New therapeutic strategies for systemic sclerosis--a critical analysis of the literature - PubMed. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16295521/>>, accessed: 10/18/2022.
10. Hetteima M.E, Zhang D, and Leeuw K (2008). Early atherosclerosis in systemic sclerosis and its relation to disease or traditional risk factors, *Arthritis Research & Therapy*.
11. C F., D G., M S., et al. (2005). Heart involvement and systemic sclerosis. *Lupus*, 14(9).
12. Lambova S. (2014). Cardiac manifestations in systemic sclerosis. *World Journal of Cardiology*, 6(9), 993.
13. Hinchcliff M, Varga J (2008). Systemic Sclerosis/Scleroderma: A Treatable Multisystem Disease. *Am Fam Physician*, 78(8), 961-968.
14. R G., C B., Ak D., et al. (2007). Prevalence of renal involvement in Indian patients with systemic sclerosis. *Indian journal of medical sciences*, 61(2).
15. Jm van L., J S., and A T. (2007). Scleroderma lung: pathogenesis, evaluation and current therapy. *Drugs*, 67(7).