



HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN LIÊN CHI HỘI HEN - DỊ ỨNG - MIỄN DỊCH LÂM SÀNG TP.HCM 2023

ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI KẼ NHÂN CÁC TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

THS. BS HUỲNH THỊ THANH PHƯƠNG

TS. BS LÊ THỊ THU HƯƠNG

KHOA NỘI HÔ HẤP – CƠ XƯƠNG KHỚP

BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Nội dung

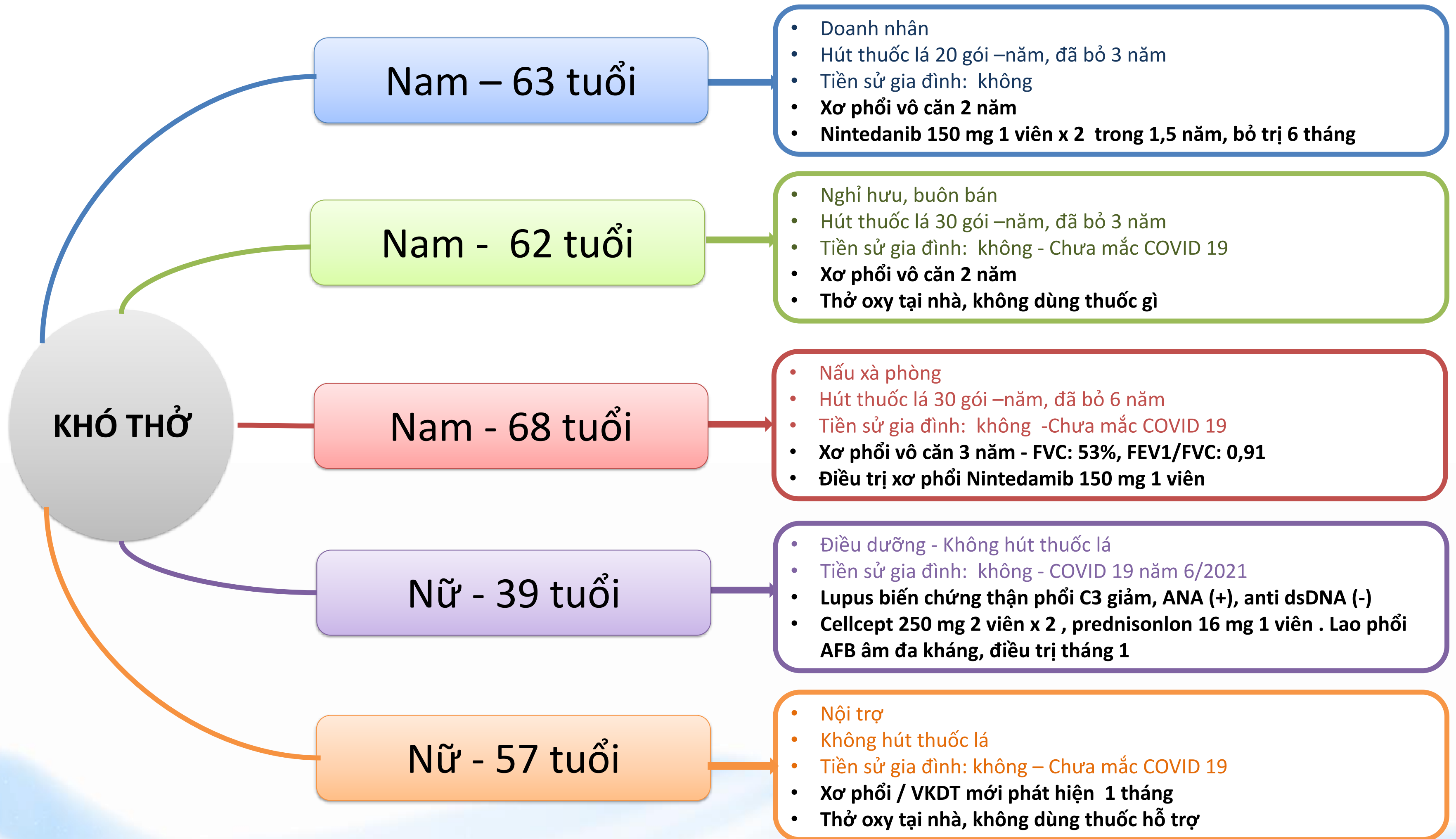


Đặt vấn đề

- Đợt cấp (ĐC) bệnh phổi kẽ (interstitial lung disease ILD) → nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong ILD ^{1,2}
- ILD kèm ĐC có tiên lượng xấu hơn so với ILD không có ĐC²
- Chẩn đoán phân biệt ĐC ILD và các nguyên nhân khác → xác định hướng điều trị ³

Chẩn đoán và điều trị ĐC ILD?

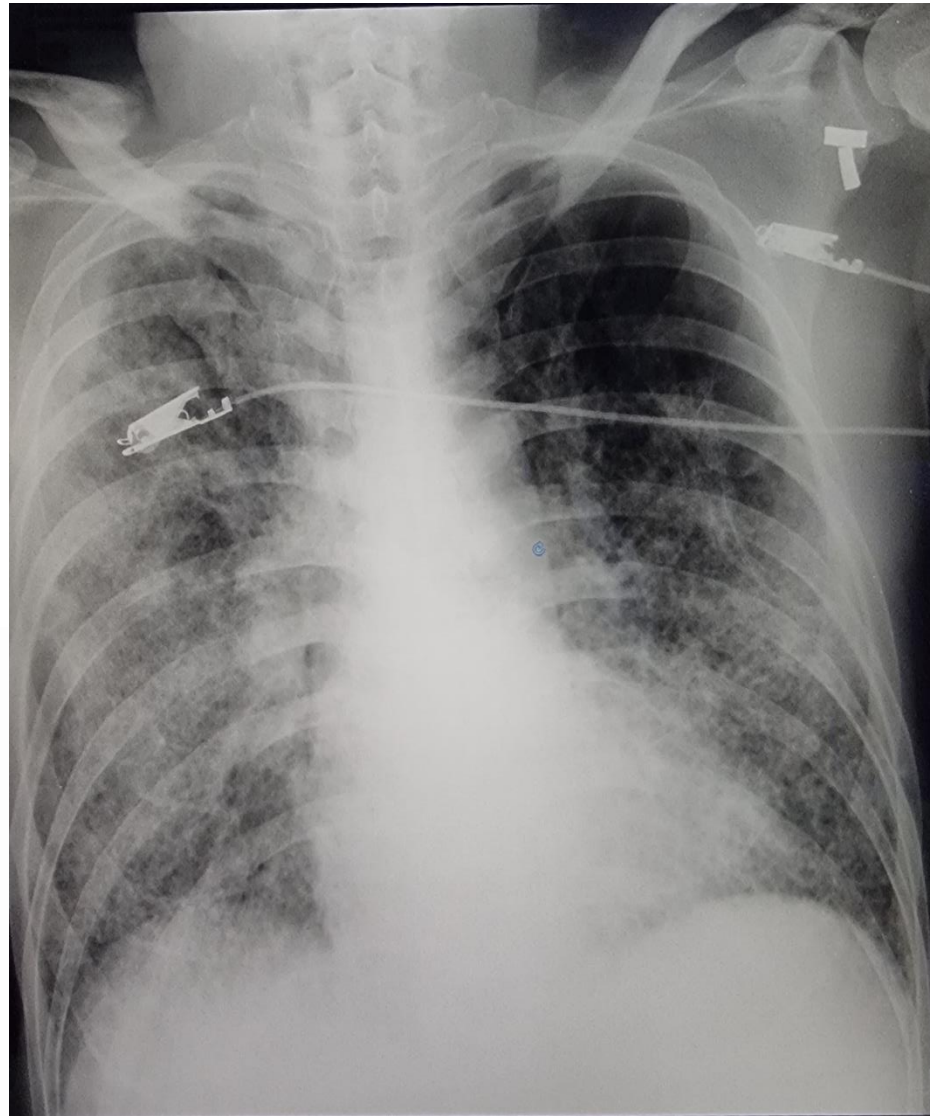
1. J Respir Crit Care Med. 2014;190(7):773–9 Biomed Res Int. 2014; 2014: 736298
2. Chron Respir Dis. 2019;16:1479972318809476
3. BMC Pulm Med 2022 Oct 26;22(1):387



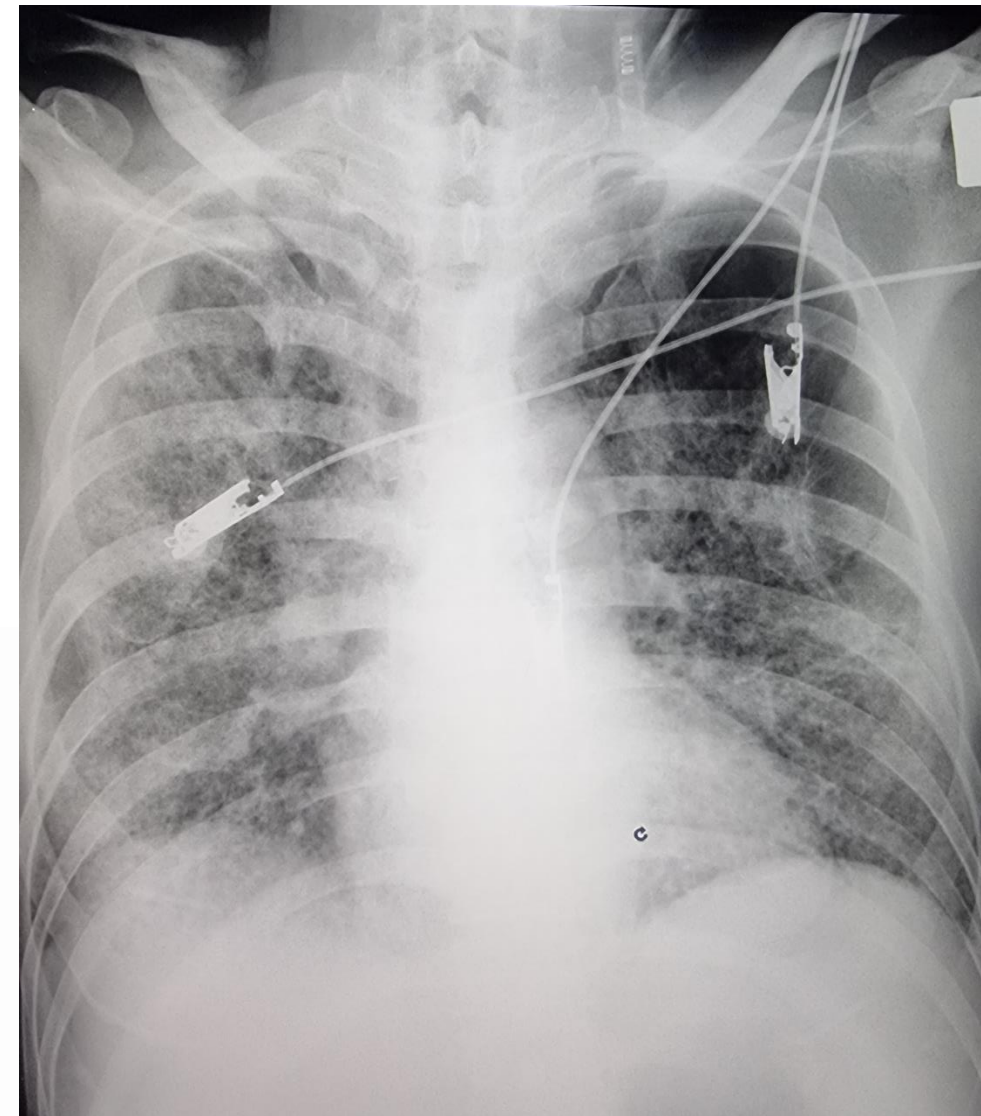
Ca lâm sàng – Bệnh sử

	Ca LS 1	Ca LS 2	Ca LS 3	Ca LS 4	Ca Ls 5
Khó thở	+	+	+	+	+
Thời gian	4 tuần	3 tuần	4 tuần	5 ngày	3 tuần
Sốt	-	-	+	+	-
Ho	+	+	+	+	+
Đau ngực	-	-	+	-	-
Mạch	112	110	112	96	103
Nhiệt độ (° C)	37,5	37,5	39,4	37	37
Huyết áp (mmHg)	110/70	60/30	120/70	100/60	90/60
Nhịp thở (l/p)	28	32	23	20	26
SpO2 (%)	89/KT	70/KT	90/KT	95/KT	82 KT
Khám phổi	Ran nổ	Ran nổ	Ran ngáy,nổ	Ran nổ	Ran nổ

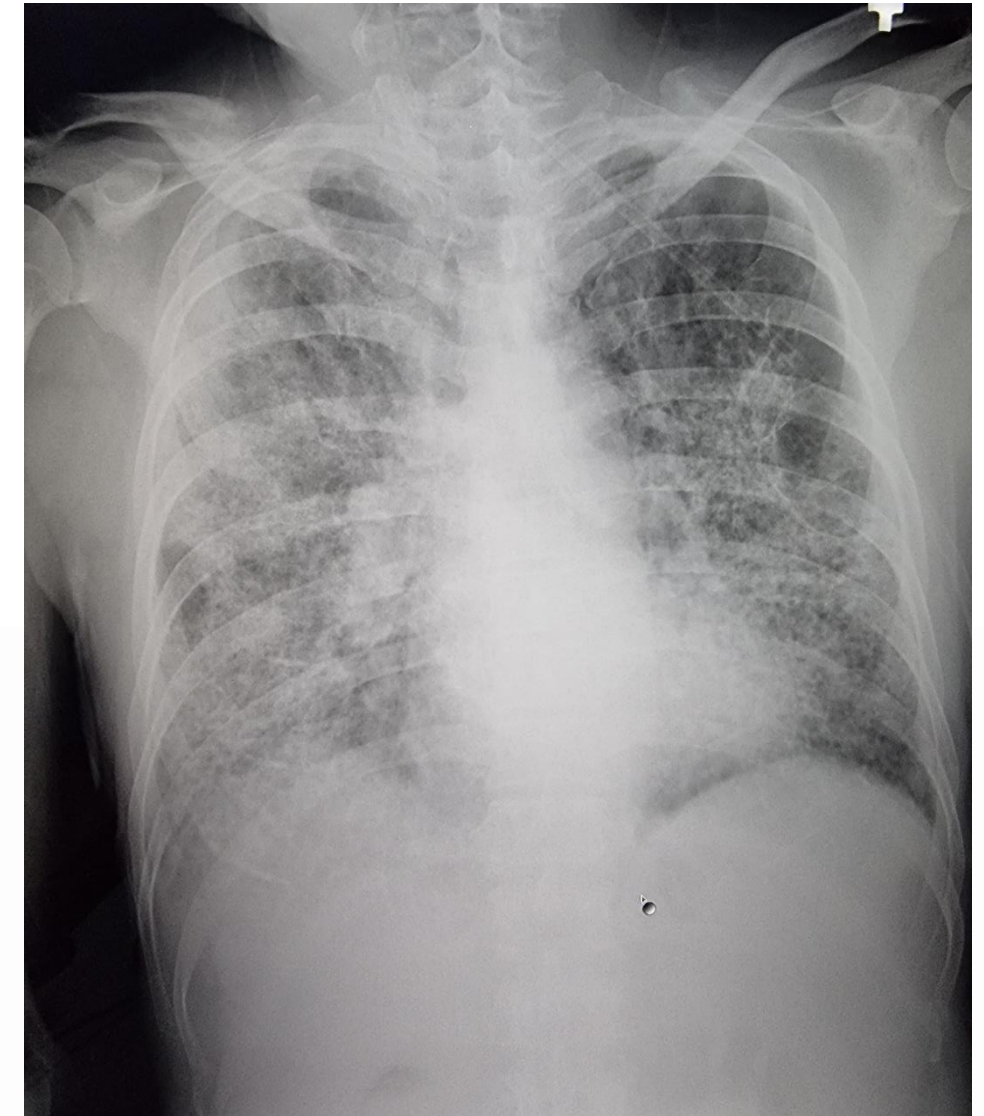
Ca lâm sàng – XQ Ca LS 1



Lúc nhập viện



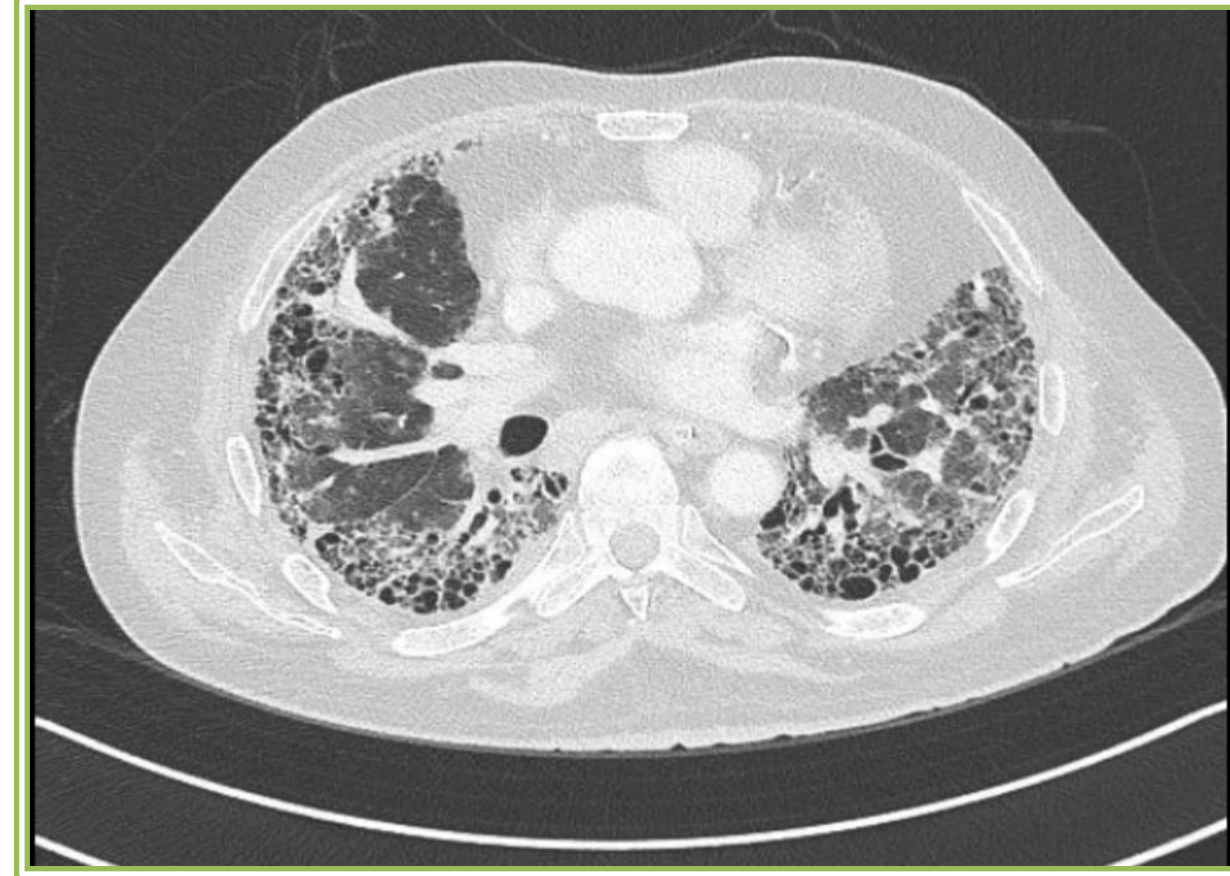
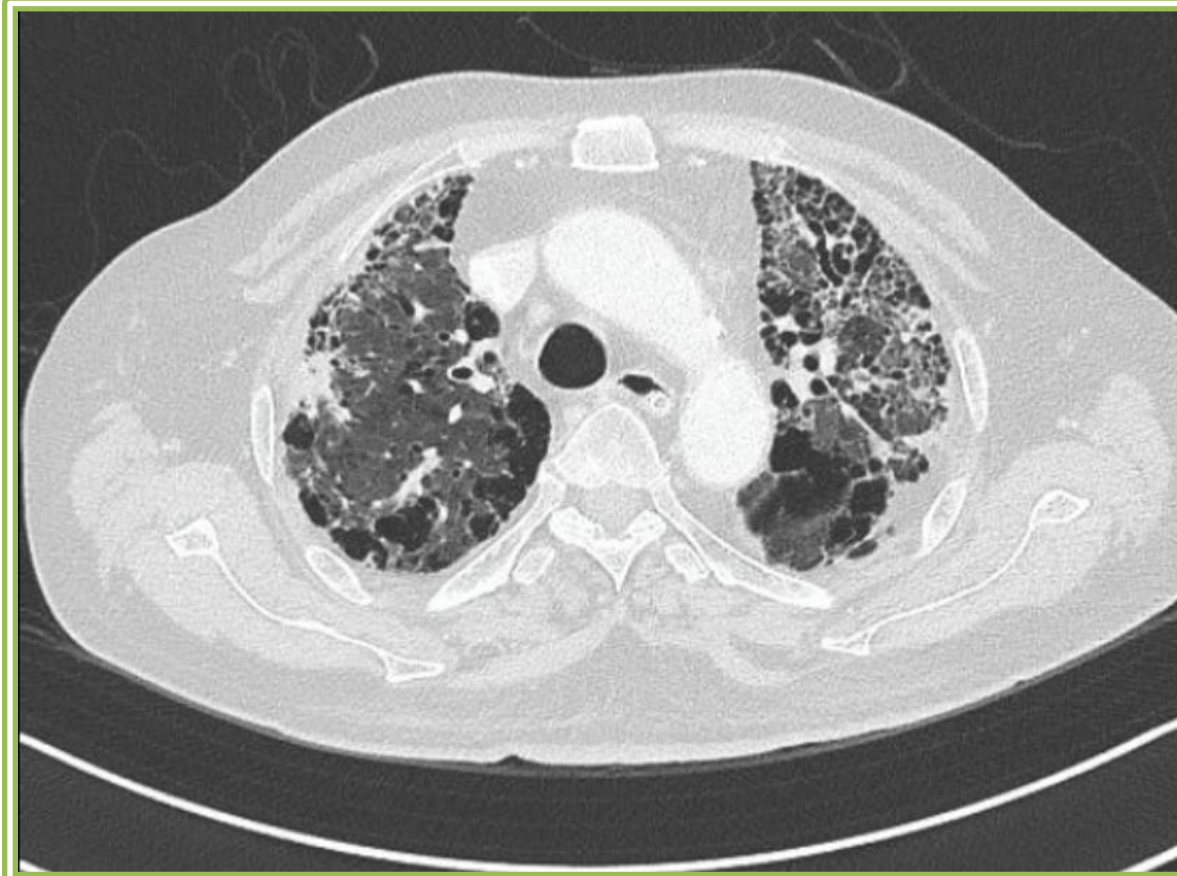
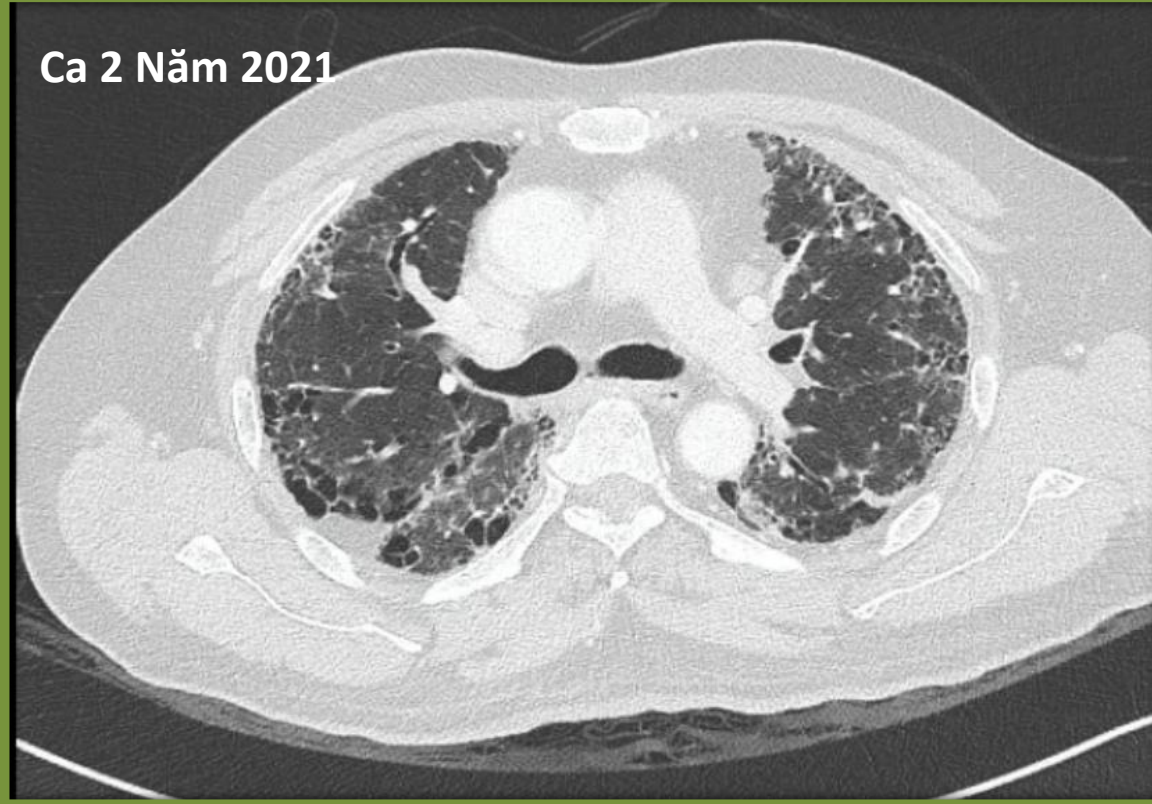
Sau 2 ngày NV



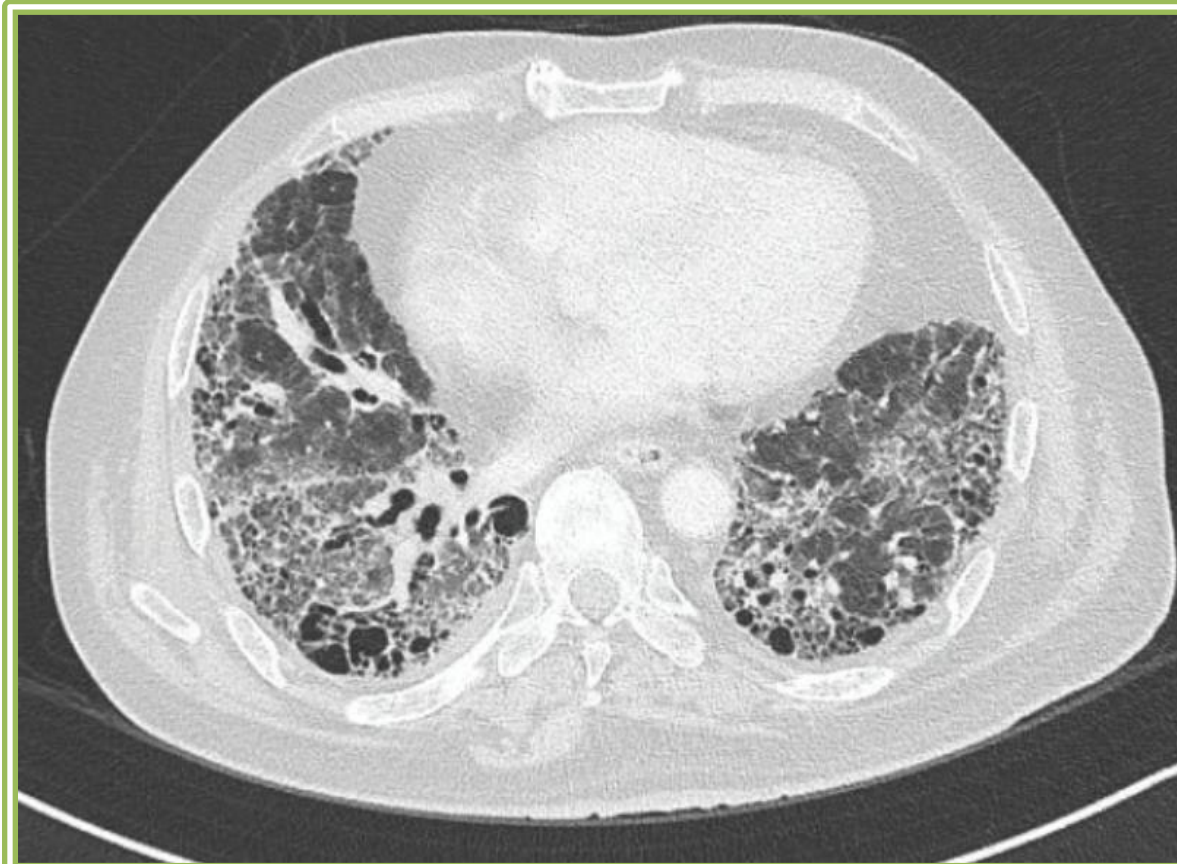
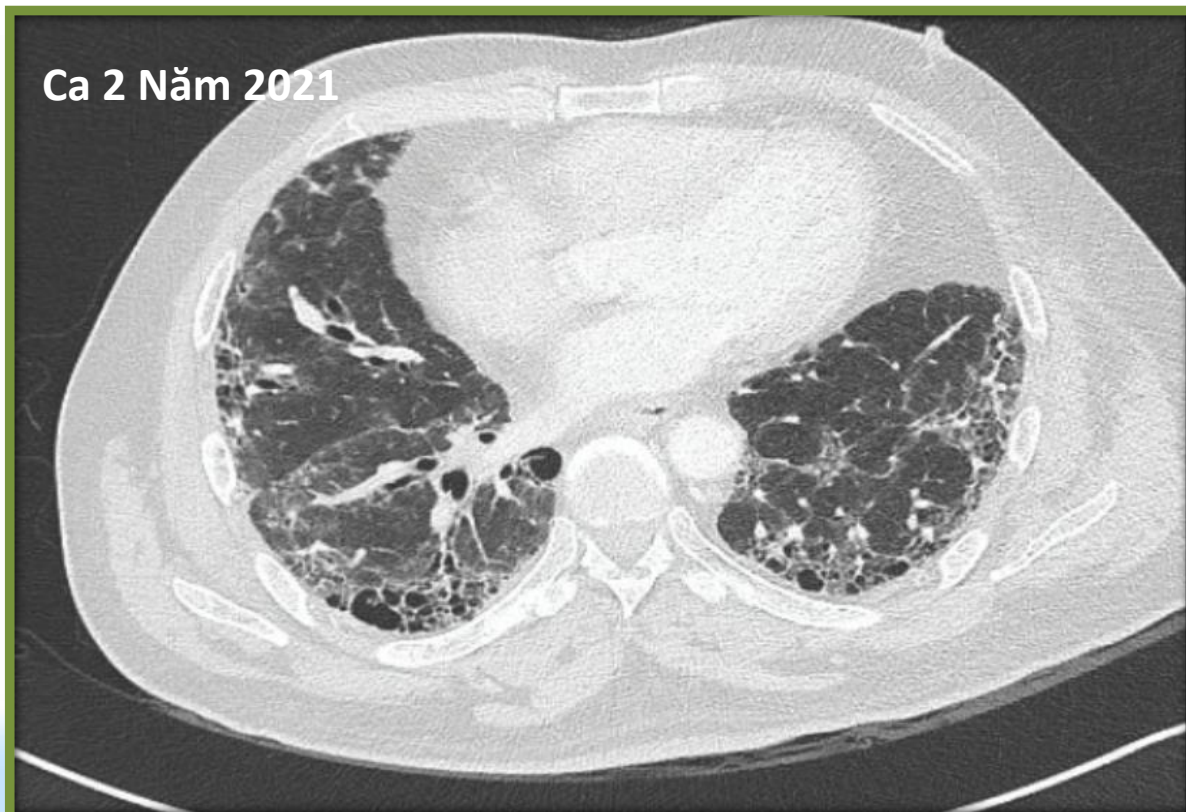
Sau 5 ngày NV

Ca lâm sàng – HRCT Ca LS 2

Ca 2 Năm 2021

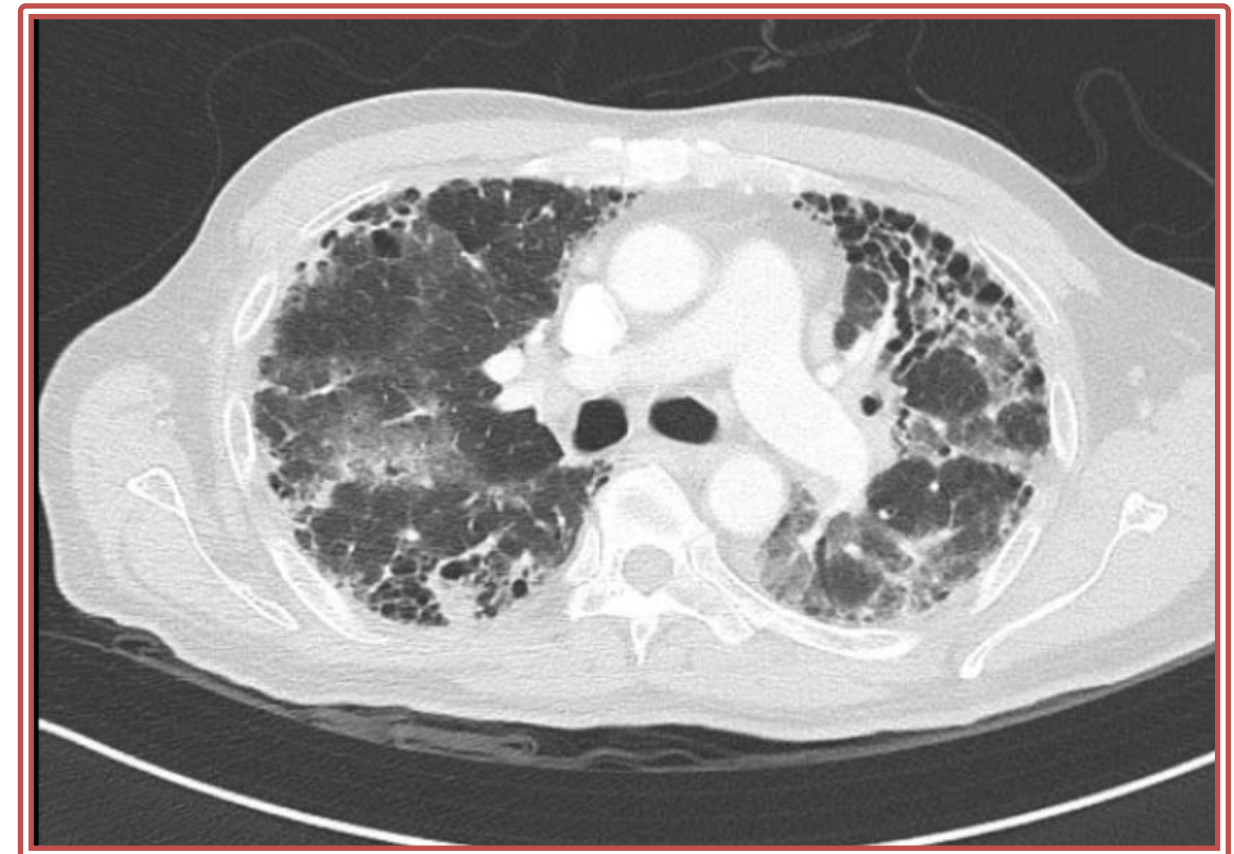
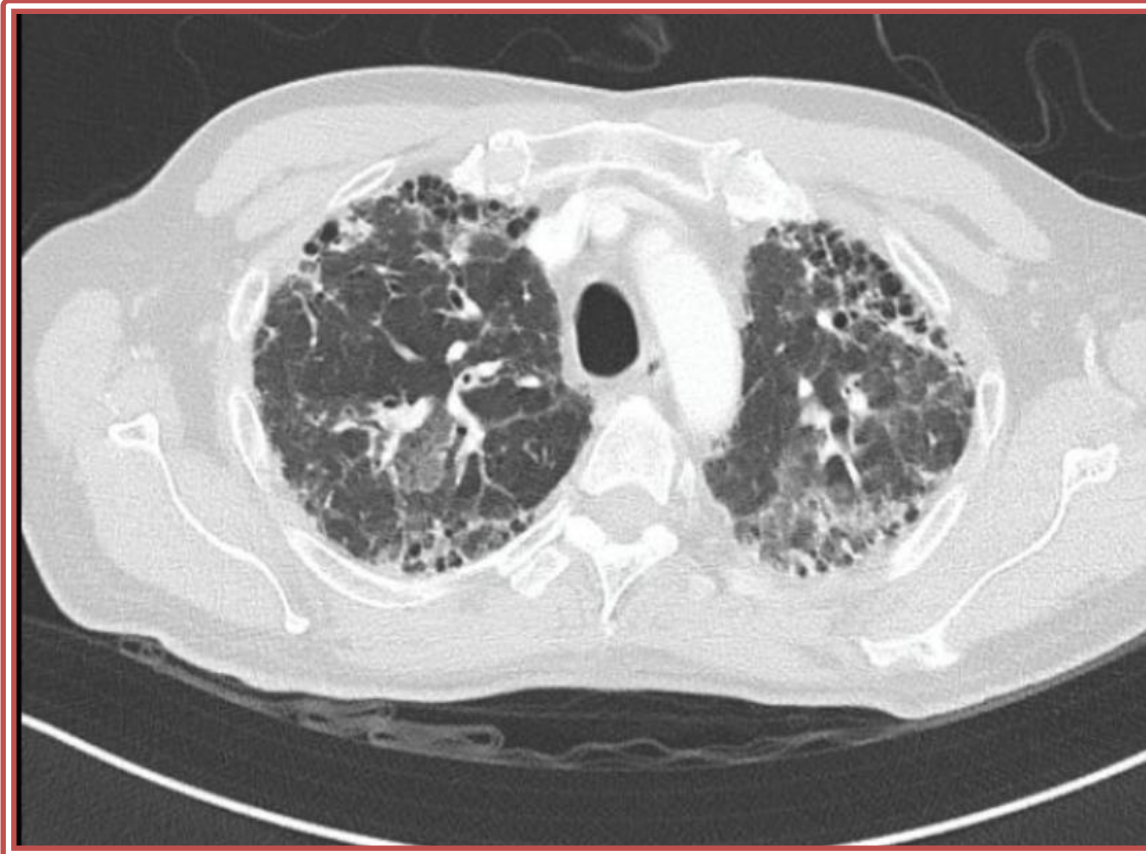
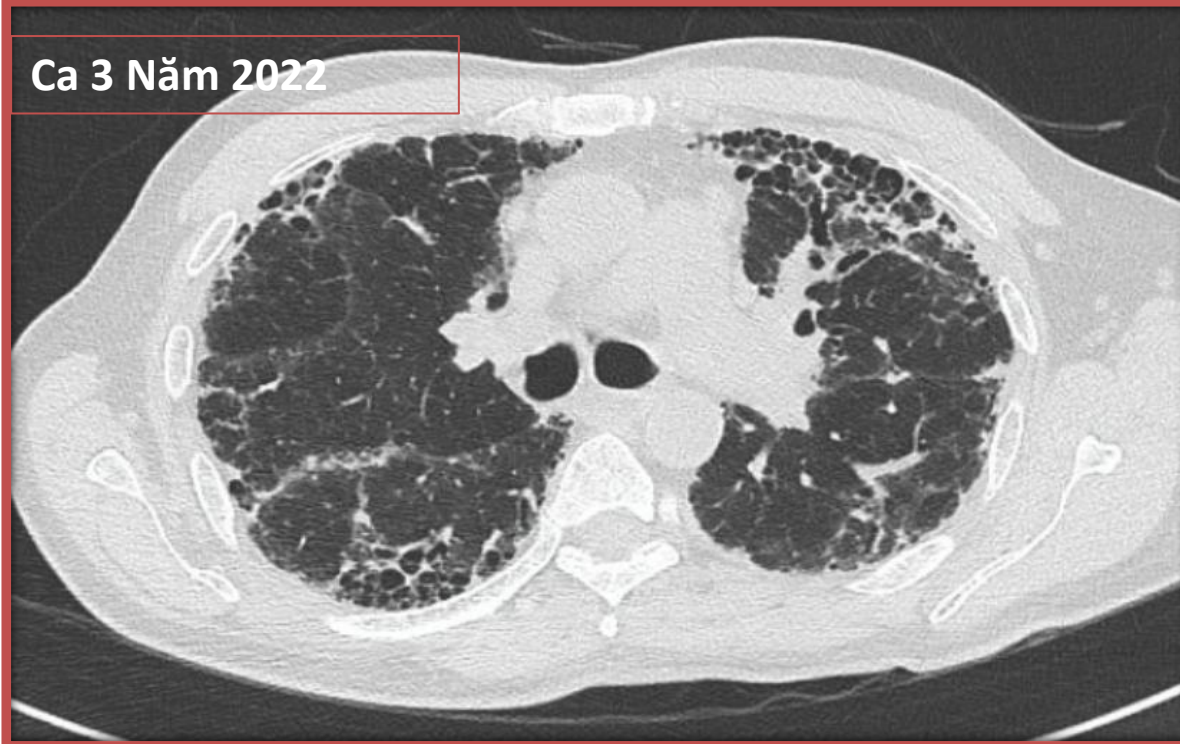


Ca 2 Năm 2021

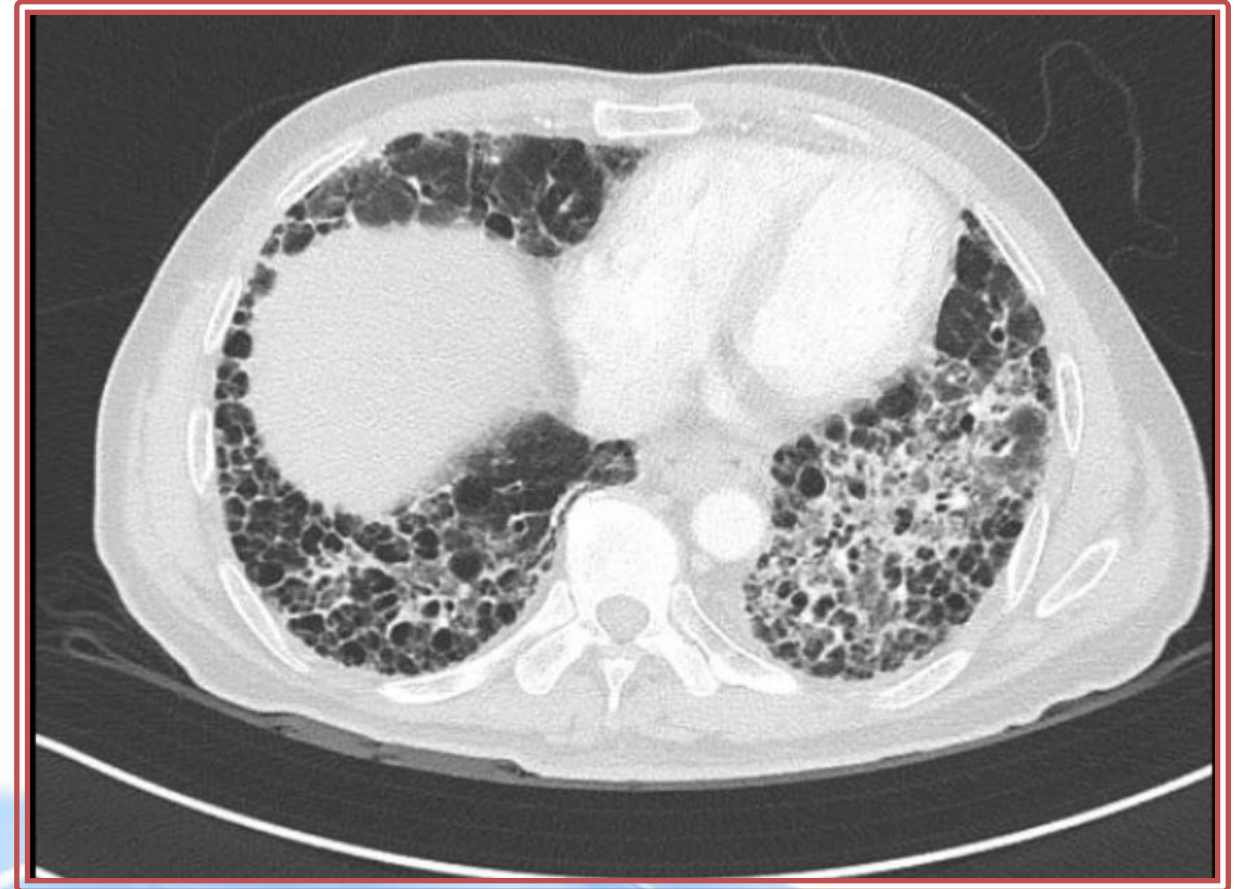
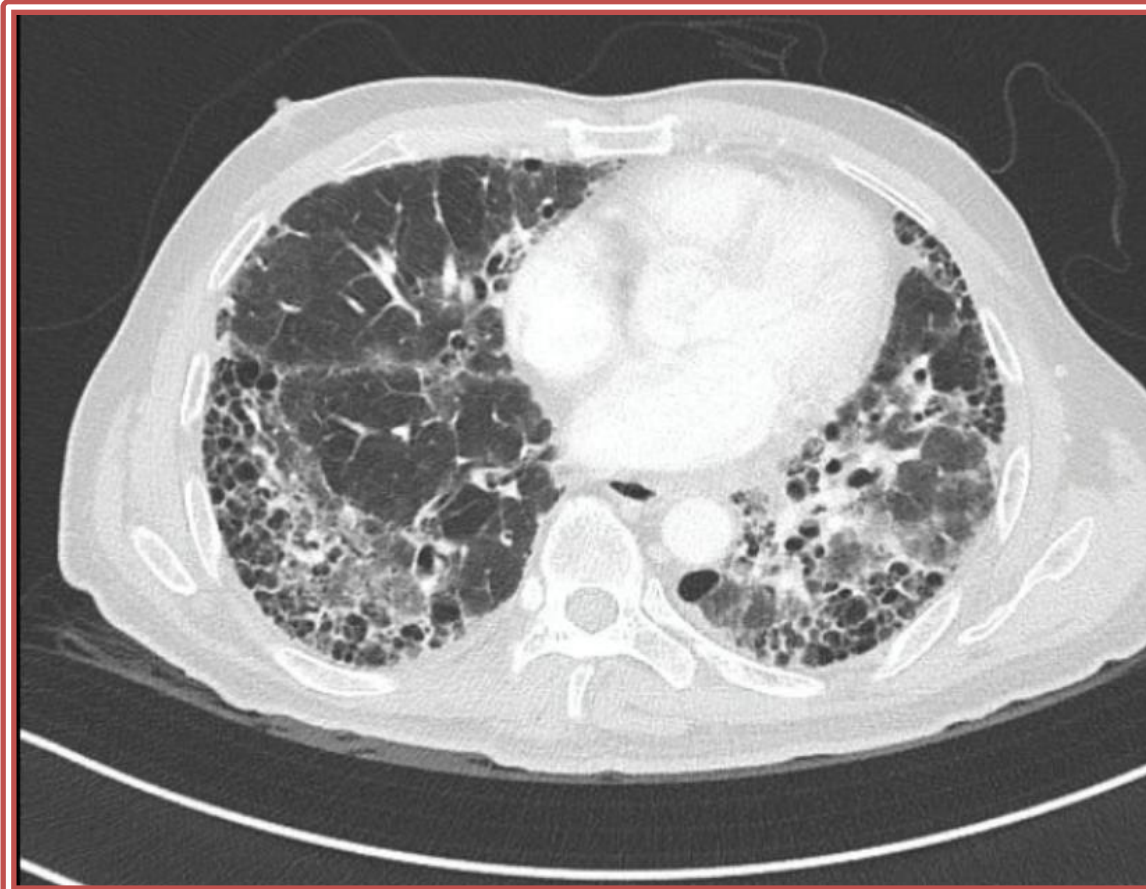
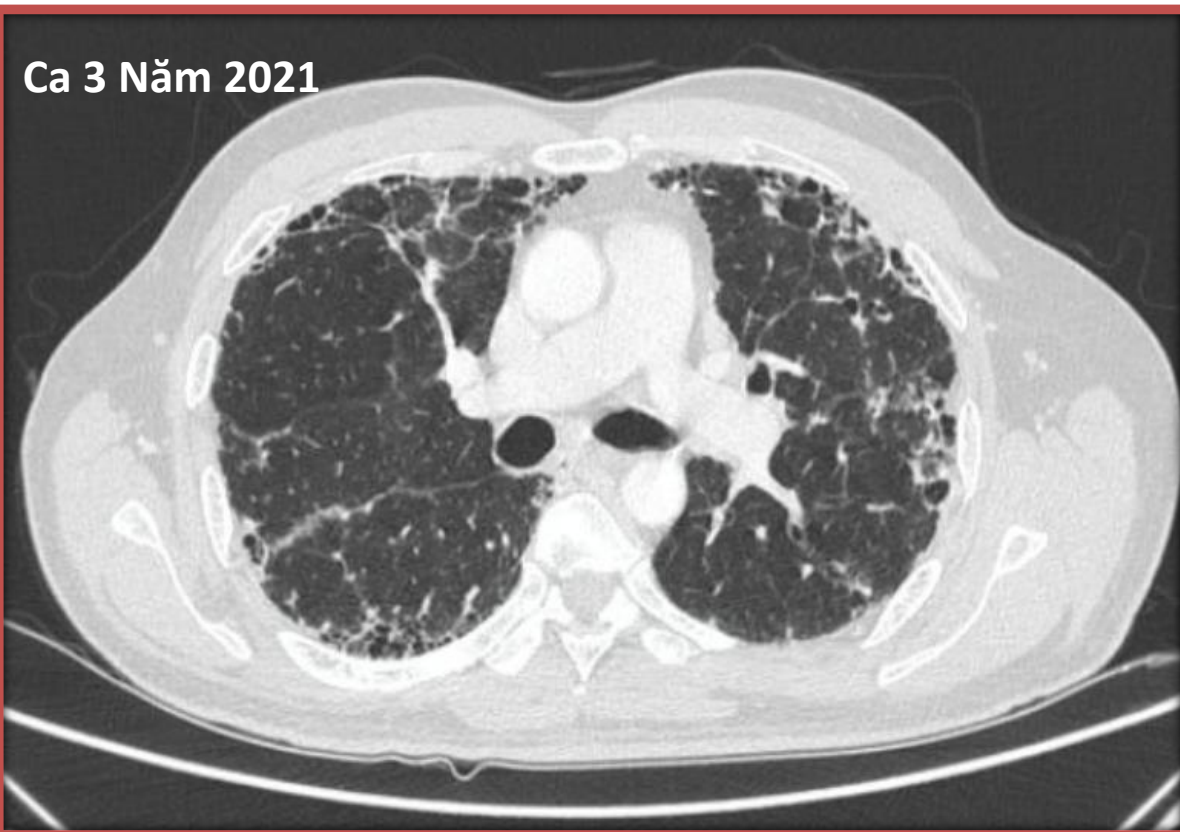


Ca lâm sàng – HRCT Ca LS 3

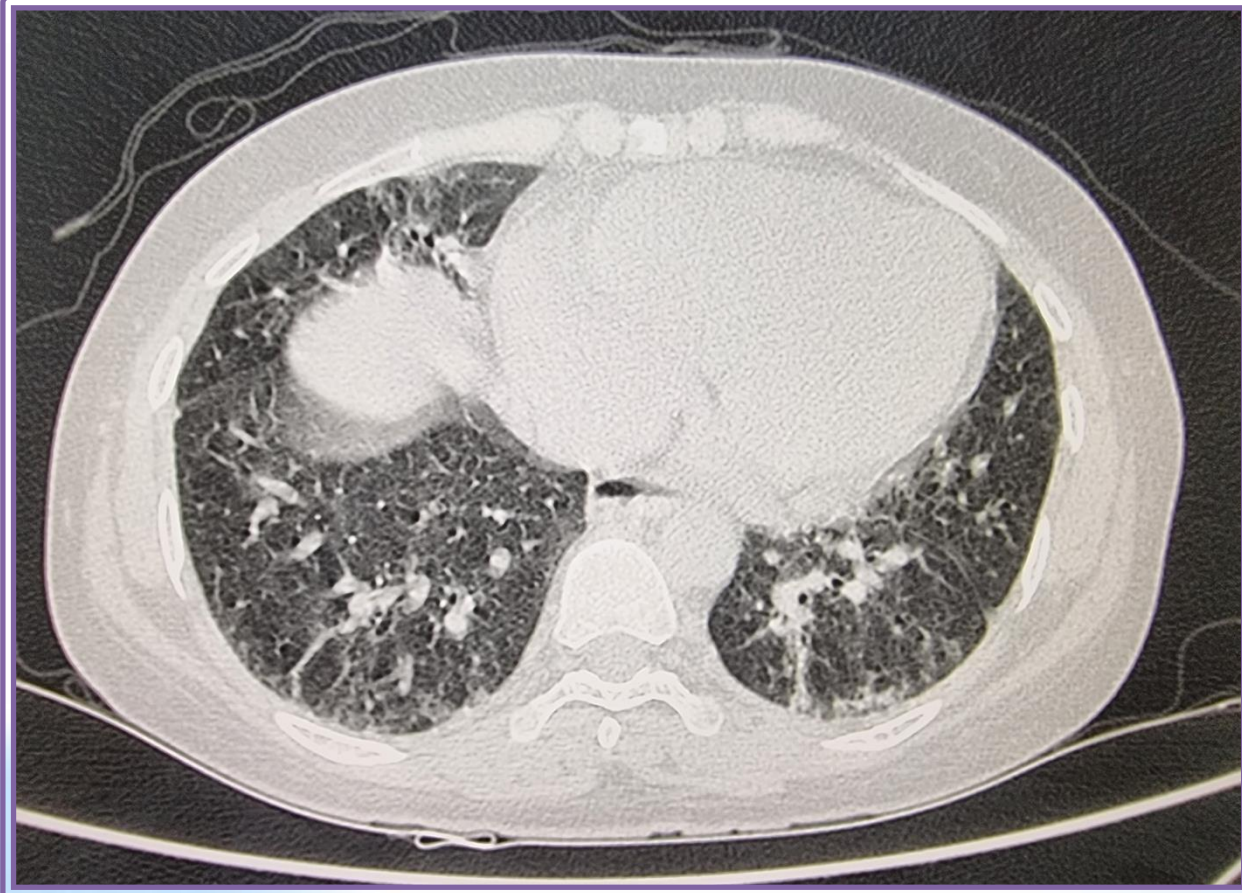
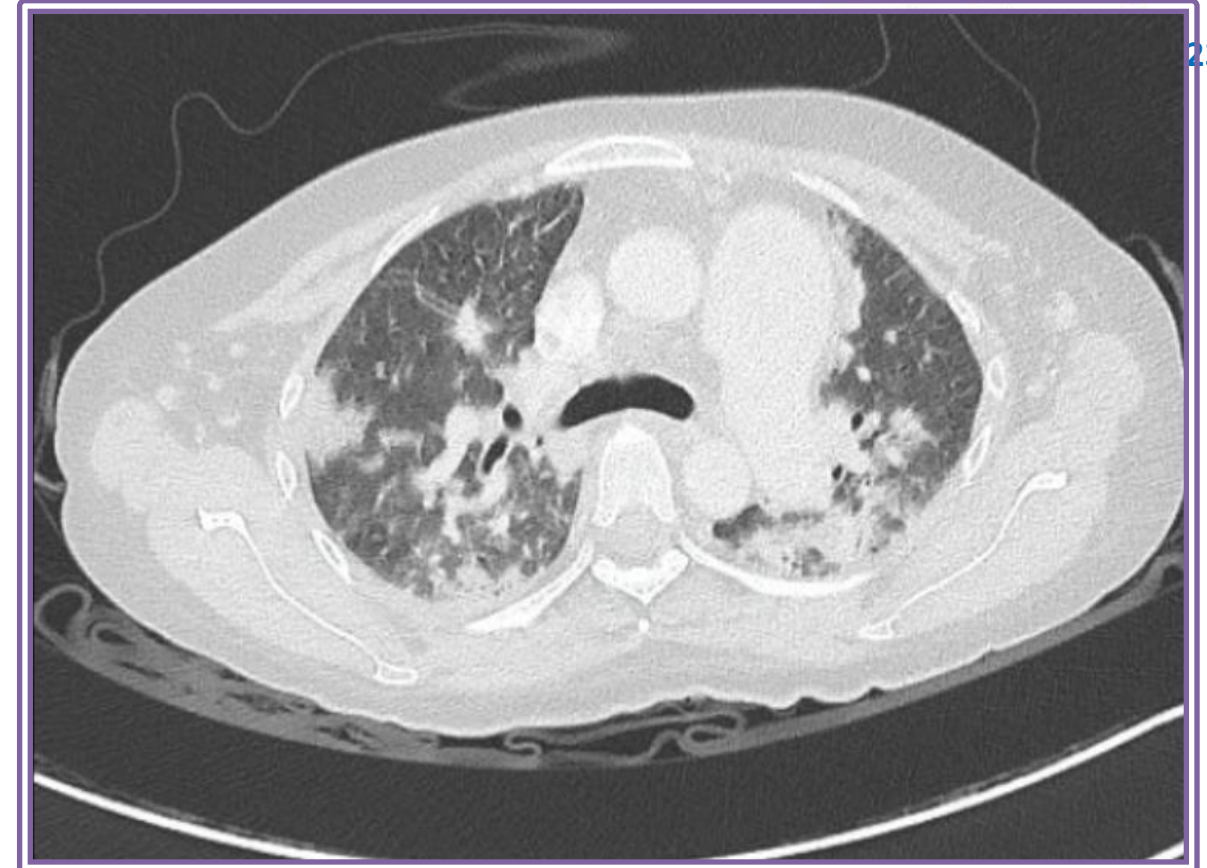
Ca 3 Năm 2022



Ca 3 Năm 2021



Ca lâm sàng – HRCT Ca LS 4



Ca lâm sàng – HRCT Ca LS 5

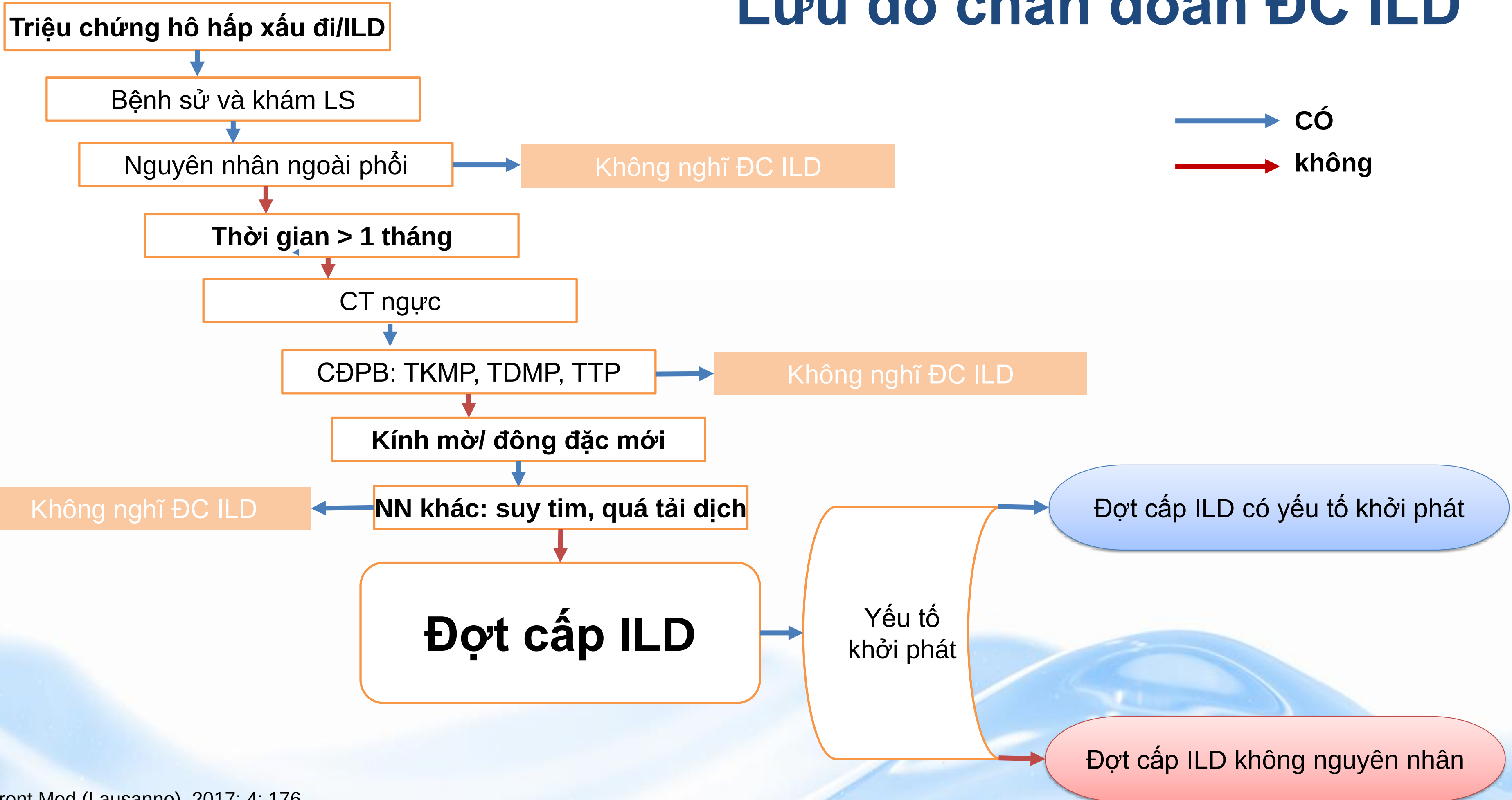


Chẩn đoán



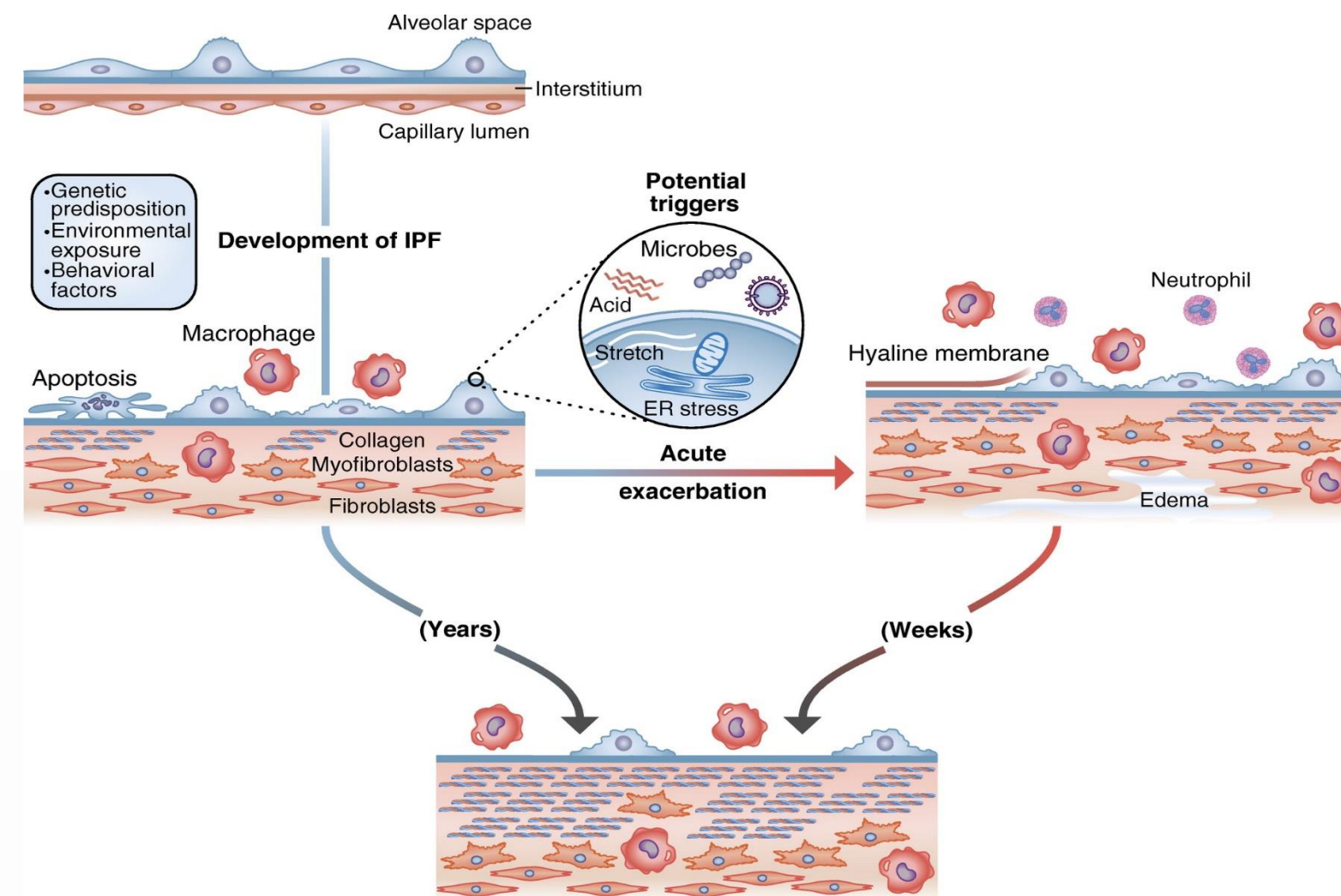
- Tình trạng hô hấp xấu đi cấp tính mà không tìm được nguyên nhân khác
- Tiêu chuẩn chẩn đoán:
 - Được chẩn đoán xơ phổi trước đó
 - Khó thở tăng dần trong 1 tháng
 - Xuất hiện tổn thương kính mờ hoặc đông đặc mới xuất hiện trên HRCT với nền UIP
 - Không do nguyên nhân khác (suy tim, quá tải dịch, thuyên tắc phổi)

Lưu đồ chẩn đoán ĐC ILD



Yếu tố nguy cơ – Khởi phát

- Yếu tố khởi phát:
 - Nhiễm trùng
 - Hậu thủ thuật/ phẫu thuật
 - Thuốc
 - Hít dịch dạ dày
 - Vô căn



- Yếu tố nguy cơ
- FVC thấp, giảm DLCO, giảm khả năng gắng sức, tăng áp phổi, sụt giảm FVC
- Trẻ tuổi, có bệnh mạch vành đi kèm, béo phì.
- Có tiền sử đợt cấp trước đó
- Tăng KL -6

Ca lâm sàng – Cận lâm sàng

	Ca LS 1	Ca LS 2	Ca LS 3	Ca LS 4	Ca LS 5
BC (K/ μ l)	6500	13330	9240	6500	21870
CRP	89	-	114	93	29
PCT (ng/mL)	0.65	0,00659	0,7	1,95	0,14
KMĐM	Giảm oxy máu	Giảm oxy máu	Giảm oxy máu Kiềm hô hấp	Giảm oxy máu Kiềm hô hấp	Giảm oxy máu Kiềm hô hấp
Creatinin(μ mol/l)	87	53	74	49	43
AST/ALT (U/L)	56/23	22/16	53/63	217/33	27/23
Vi sinh	Tác nhân (-)	Tác nhân (-)	Đàm: Entero NDM , KPC	Tác nhân (-)	Tác nhân (-)
SAT EF (%) PAPS (mmHg)	EF: 59 PAPS: 23	EF: 69 PAPS: 19	EF: 65 PAPS 64	Lớn thất P EF : 68% PAPS: 47	EF: 60 PAPS: 26

Ca lâm sàng – Điều trị và diễn tiến



HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN 2023

	Ca LS 1	Ca LS 2	Ca LS 3	Ca LS 4	Ca LS 5
Oxy liệu pháp	Mask→ thở NIV → Thở máy xâm nhập	Mask→ HFNC→ thở NIV→ Thở máy xâm nhập	Mask→ thở NIV → Thở máy xâm nhập	Mask→ Thở máy xâm nhập	Mask→ thở NIV → Thở máy xâm nhập
Corticoid	Methyprednisolon 80mg x3 ngày	Methyprednisolon 60 mg x 3 ngày	Methylprednisolon 500 mg x 5 ngày	không	Methylprednisolon 500 mg x 5 ngày
Kháng sinh	Imipenem, Levofloxacin Vancomycin	Imipenem, Levofloxacin Vancomycin	Piper/Tazo→ mero, vancomycin candidas	Imipenem, Amikacin vancomycin	Imipenem, Levofloxacin Vancomycin
Điều trị khác	Dinh dưỡng, DP truyền tắc huyết khối	Kiểm soát huyết áp Hỗ trợ dinh dưỡng	Hỗ trợ dinh dưỡng	Hồi sức chống choáng Hỗ trợ dinh dưỡng	Hỗ trợ dinh dưỡng
Kết cục	Xuất nặng sau 10 ngày nằm viện	Xuất nặng sau 10 ngày nằm viện	Xuất nặng sau 4 ngày	Tử vong sau 3 ngày	Thân nhân xin về sau 6 ngày nằm viện

Tổng quan quản lý ĐC ILD

Management of Acute Exacerbation of Idiopathic Pulmonary Fibrosis in Specialised and Non-specialised ILD Centres Around the World

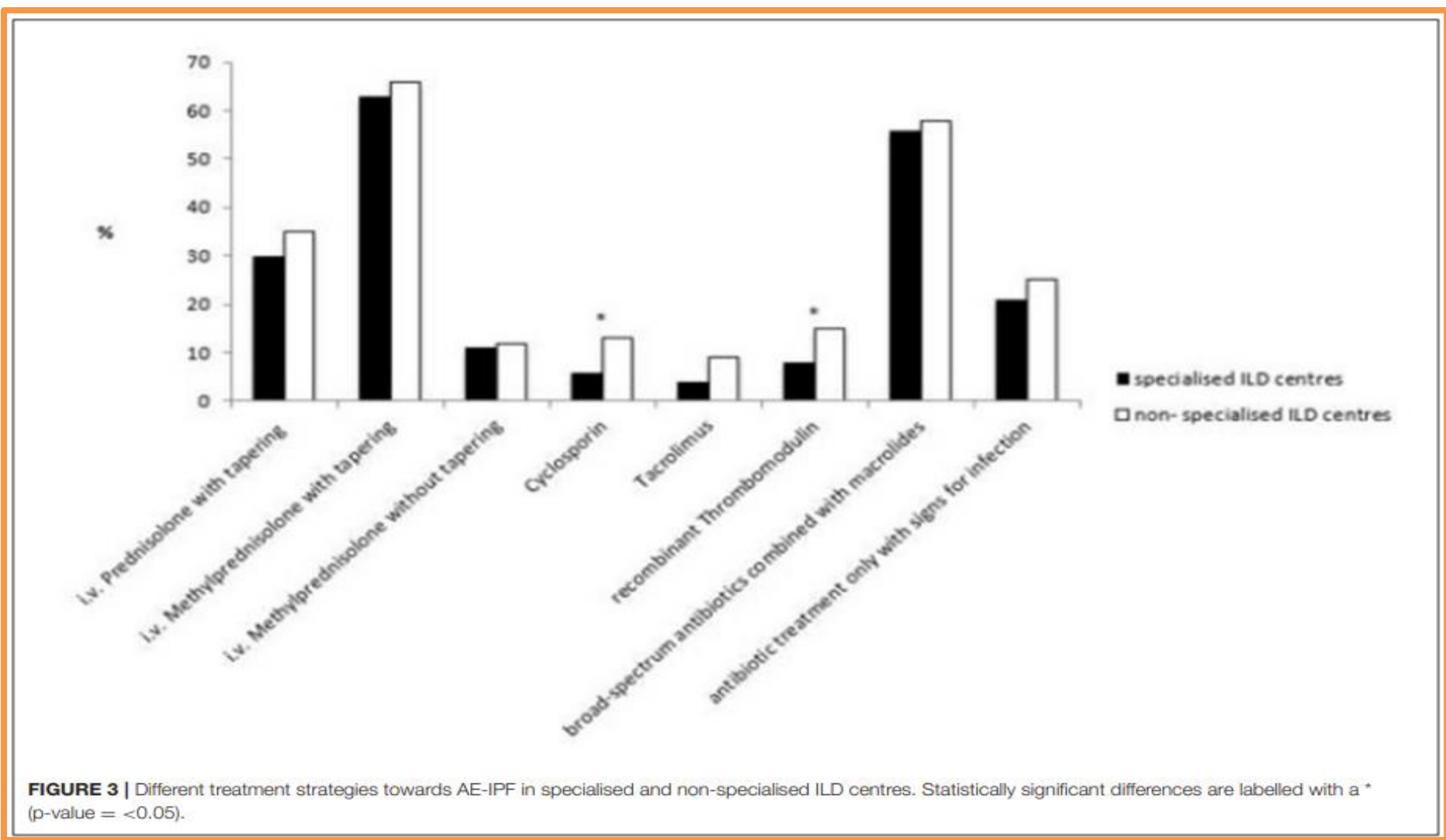
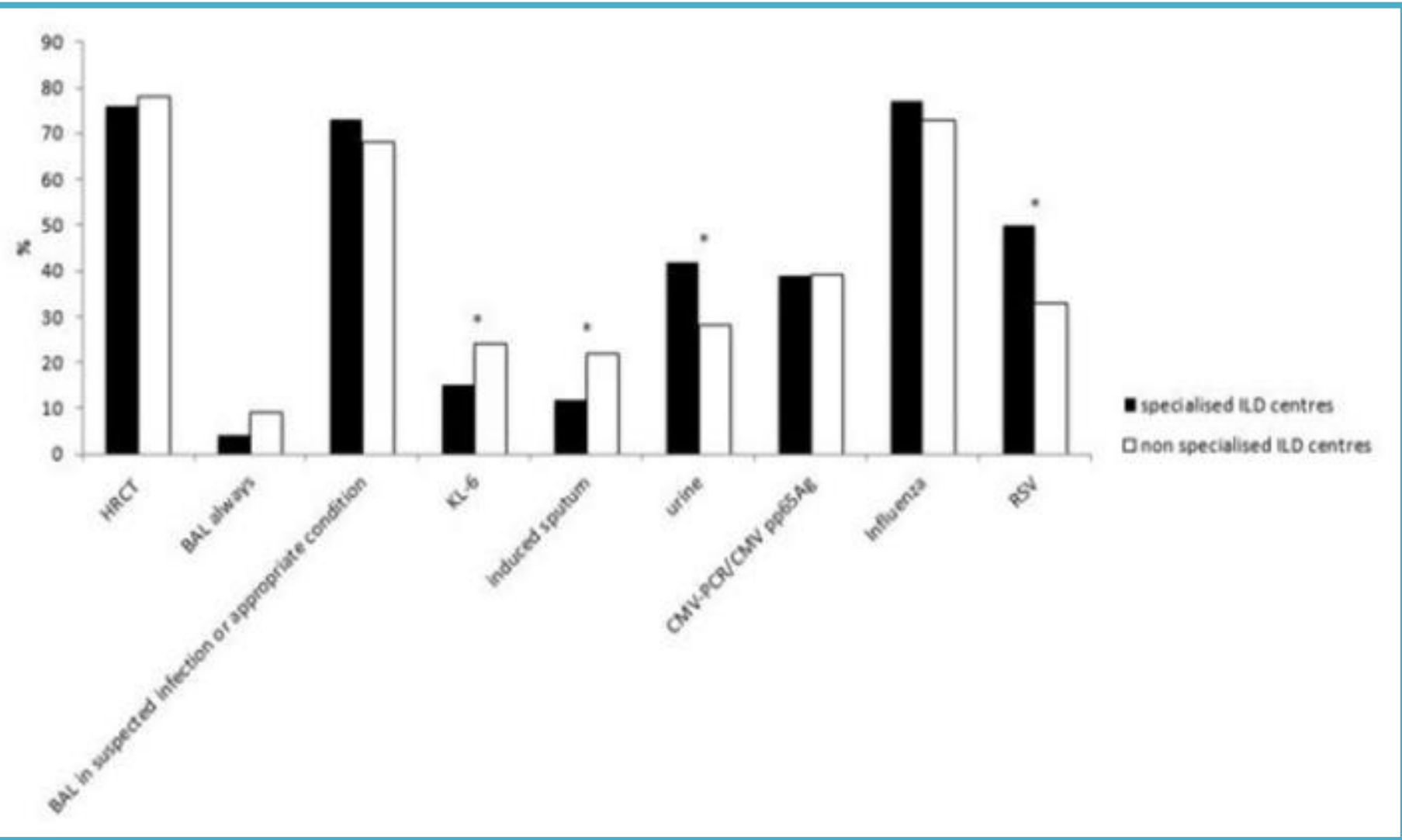


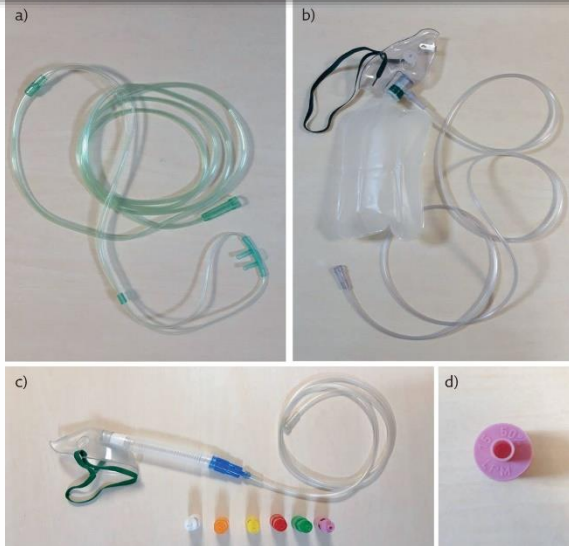
FIGURE 3 | Different treatment strategies towards AE-IPF in specialised and non-specialised ILD centres. Statistically significant differences are labelled with a * (p-value = <0.05).

Điều trị ĐC ILD



Hỗ trợ hô hấp/ ĐC ILD

Oxy thông thường



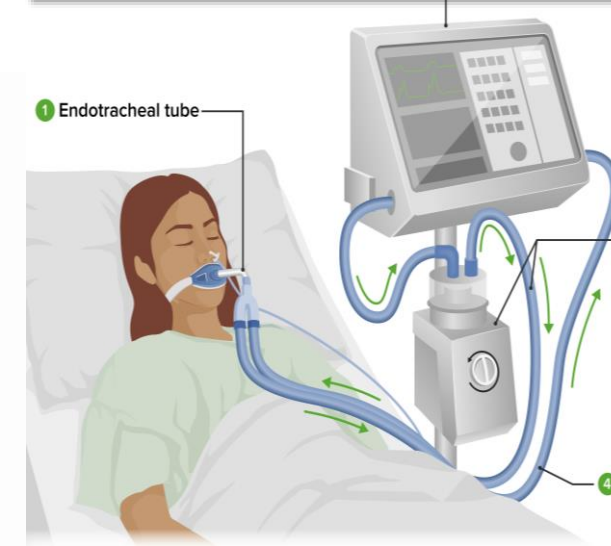
HFNC



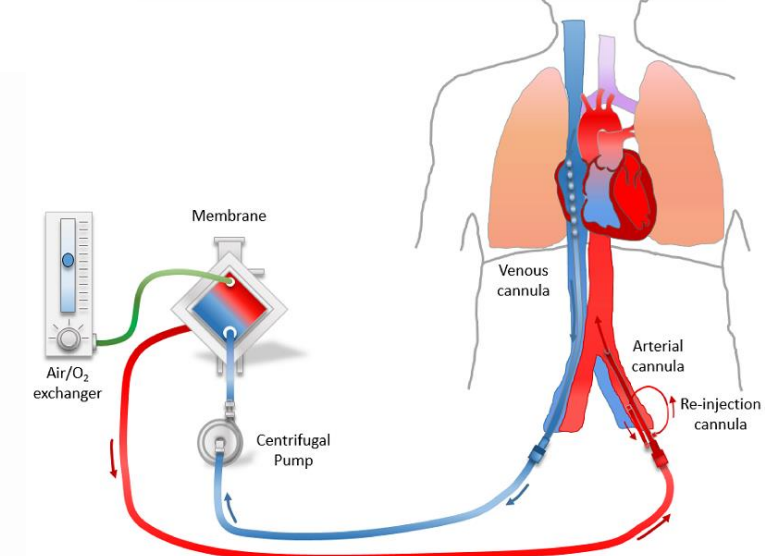
NIV



Thở máy xâm lấn



ECMO



Hỗ trợ chính yếu

- **FiO2 cố định**
- **Giảm nguy cơ ứ CO2**
- **Hỗ trợ 1 mức CPAP nhẹ**
- **Khí được làm ẩm ẩm**
- **Cần thêm NC**

- Hiệu quả chưa rõ
- Tỷ lệ tử vong NIV/ĐC ILD cao hơn NIV/ COPD
- Có thể chọn lựa ở những BN suy hô hấp ít

- Tỷ lệ tử vong cao khi thở máy xâm lấn – 90%
- Cần cân nhắc ở BN nặng
- Áp dụng ở BN chờ ghép phổi

- Giảm thở máy xâm lấn
- Không cải thiện kết cục ở BN nặng
- Giá thành cao
- Nhiều biến chứng
- Áp dụng ở BN chờ ghép phổi

CORTICOID trong ĐC ILD

- Ít nghiên cứu
- Nhiều tranh cãi: dễ CĐ nhầm với ARDS, khác biệt nền viêm giữa IPF và non – IPF
- **ATS/ERS/JRS/ALAT:**
=> khuyến cáo sử dụng (mức độ khuyến cáo yếu, mức chứng cứ thấp)
- **Hướng dẫn Nhật Bản:**
=> Liều pulse – 1g x 3 ngày → 0.5–1 mg/kg, giảm liều trong 2 -4 tuần
- **Việt Nam:**
=> Liều cao prednisone 30 – 100 mg/ ĐC không đe dọa tính mạng,
=> Liều pulse 250 mg prednisone IV trong 1 – 5 ngày/ ĐC đe dọa tính mạng

World J Crit Care Med. Jun 9, 2023; 12(3): 153-164

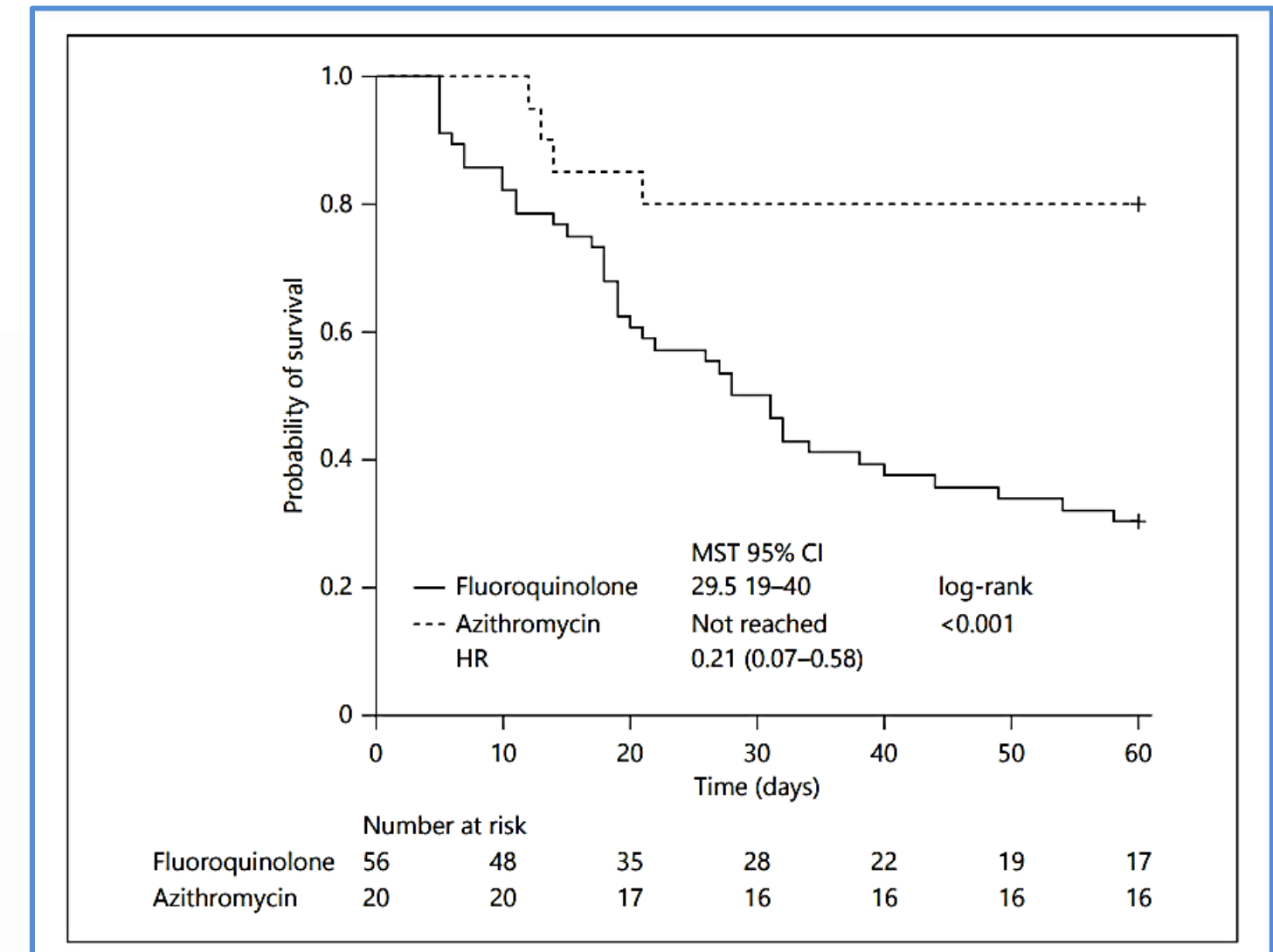
Respirology (2018) 23, 546–547

Respir Investig 2018 Jul;56(4):268-291

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi kẽ - Bộ Y Tế - 2022

Kháng sinh trong ĐC ILD

- KS phổ rộng và bao phủ VK không điển hình
- Thời gian: 7 – 10 ngày
- BN dùng thuốc UCMD trước đó: nhiễm trùng cơ hội (PCP, CMV, nấm)
- Dùng procalcitonin: theo dõi và quyết định ngưng KS
- Azithromycin >> Quinolone: tính kháng viêm và điều hòa MD



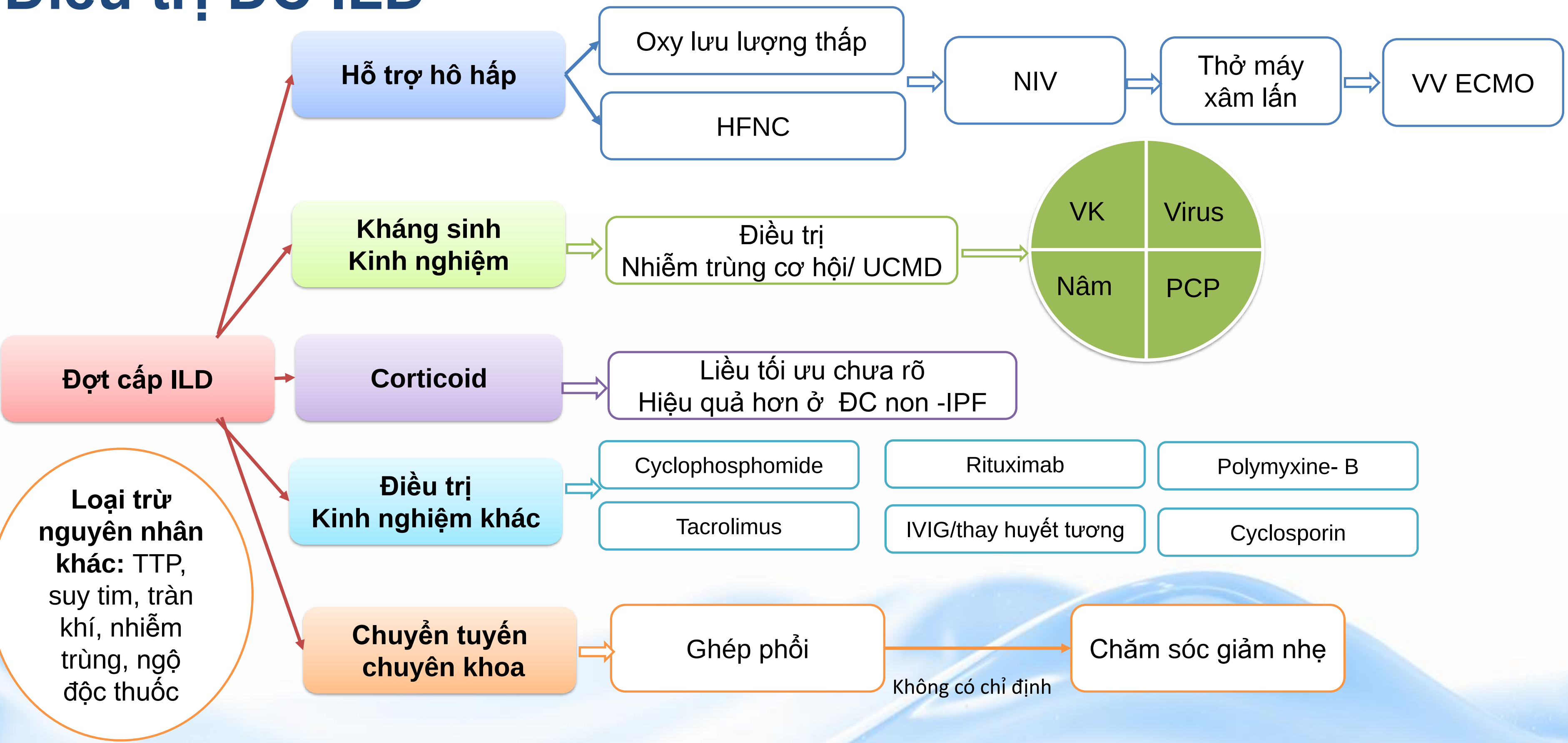
Điều trị kinh nghiệm khác trong ĐC ILD



HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN 2023

- Cyclophosphamide, tacrolimus
- Rituximab/thay huyết tương
- Polymyxin-B immobilized fiber (PMX)
- Thrombomodulin
- Kháng tiết acid
- Kháng xơ: chưa có hướng dẫn về khởi động, tiếp tục dùng hay ngưng
Pirfenidone/ Ninetedanib.

Điều trị ĐC ILD



Tiên lượng đợt cấp ILD

- Đợt cấp làm tăng tỷ lệ tử vong ở ILD (35- 46%)
- Tỷ lệ tử vong tại bệnh viện 50%
- Trung vị sống còn sau đợt cấp 1- 4 tháng
- Non-IPF có tiên lượng tốt hơn IPF
- Yếu tố tiên lượng xấu: CNHH thấp, tổn thương phổi trên HRCT, lymphocyte > 15%/DRPQ
- Markers đánh giá tiên lượng: LDH, KL-6, CRP, anti-HSP70

Kết luận

- ĐC ILD biến chứng quan trọng ở BN ILD
- Chưa có hướng dẫn điều trị chung cho ĐC ILD
- **Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐC**: xuất hiện triệu chứng và tổn thương mới trên HRCT > 1 tháng mà không có nguyên nhân khác
- **Điều trị đề xuất**: hỗ trợ oxy, corticoid, ức chế miễn dịch, tiếp tục thuốc kháng xơ, kháng tiết acid, cân nhắc thở máy, ghép phổi



MIỄN DỊCH LÂM SÀNG
HCMC Society of Asthma, Allergy and Clinical Immunology
Hội nghị thường niên 2023

CHÂN THÀNH CẢM ƠN