

Tiếp cận chẩn đoán bệnh phổi qua ca lâm

sàng

3 trường hợp mới gặp trong tháng 12 năm 2017 ở khoa hô hấp NCGM + 2 th
cách suy nghĩ và phương pháp để chẩn đoán

BS. Hashimoto Masao
Khoa hô hấp, NCGM, Nhật Bản

L-SUP

20 năm
bị sốt 39 độ, bị mệt, suy hô hấp (O₂ r/a -> 3L/min)
HIV(-)
CRP:10.29mg/dl LDH:293 U/L
WBC:21,700 (Neu:89%, Eo:1% Mono:5% Lymp:2%)



Gần đây mới bắt đầu hút thuốc lá

Điểm quan trọng để nghi ngờ viêm phổi kẽ

- Câu hỏi

- Tuổi tác, Giới tính
- Mãn / **Cấp**
- Thuốc tai / đong
- Môi trường (đồng vật, nhà gỗ (nấm), máy điều hòa, hot-tub (NTM)..)
- **Thuốc lá**
- **Nghề nghiệp**
- **Supplements / món ăn**

- khám

- **Nghe tiếng phổi**

- Khám da / tai /

Xét nghiệm khi nghi ngờ viêm phổi kẽ

- **Hình ảnh**

- X-quang thường
- **HRCT**

- **Chức năng hô hấp**

- **Xét nghiệm máu**

ANA, Các kt liên quan bệnh tự miễn dịch

ANCA, Kt nhiễm trùng (NTM, nấm..)

KL-6, SP-D, SP-A, LDH



EDITORIAL

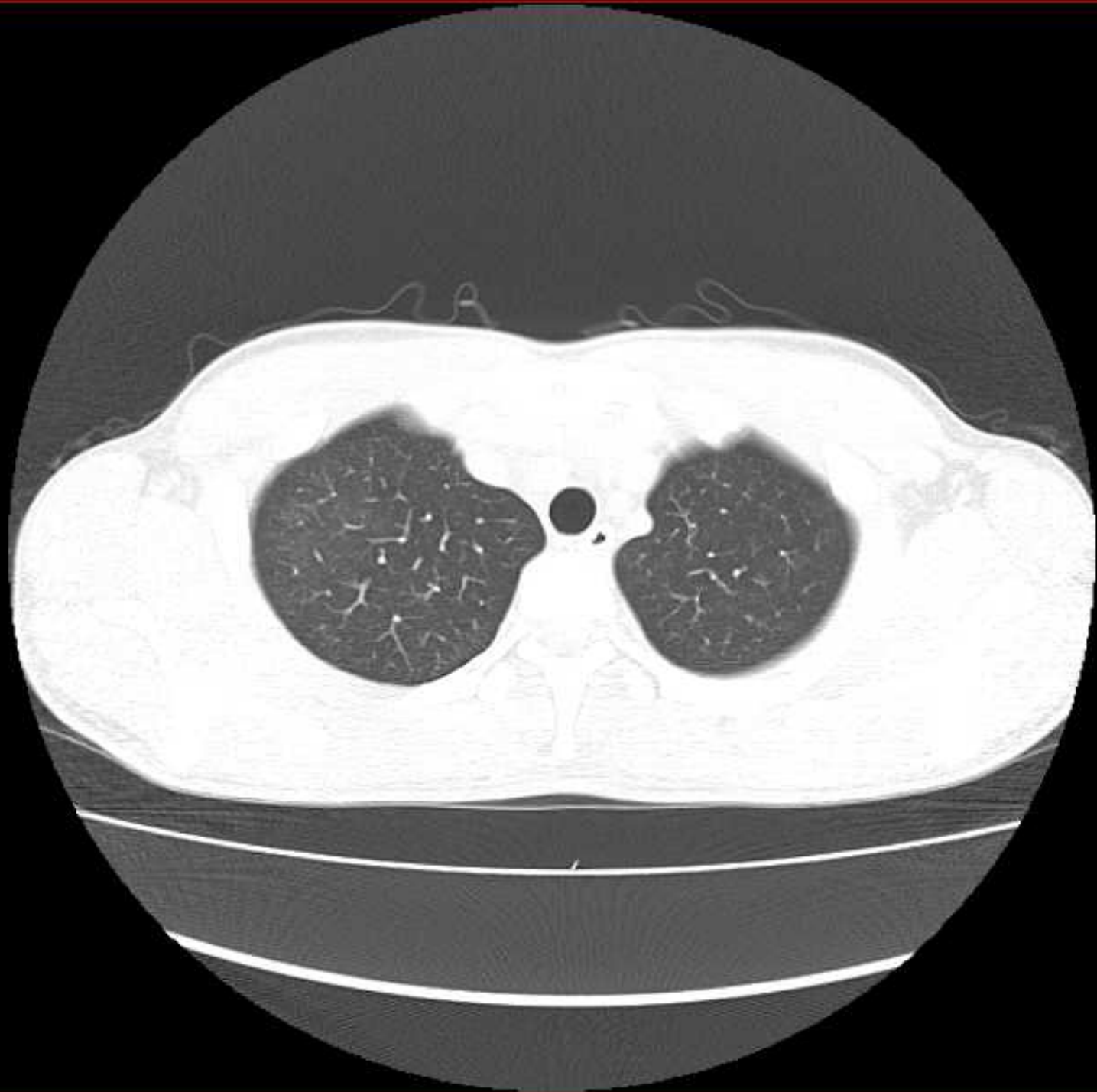
Velcro crackles: the key for early diagnosis of idiopathic pulmonary fibrosis?

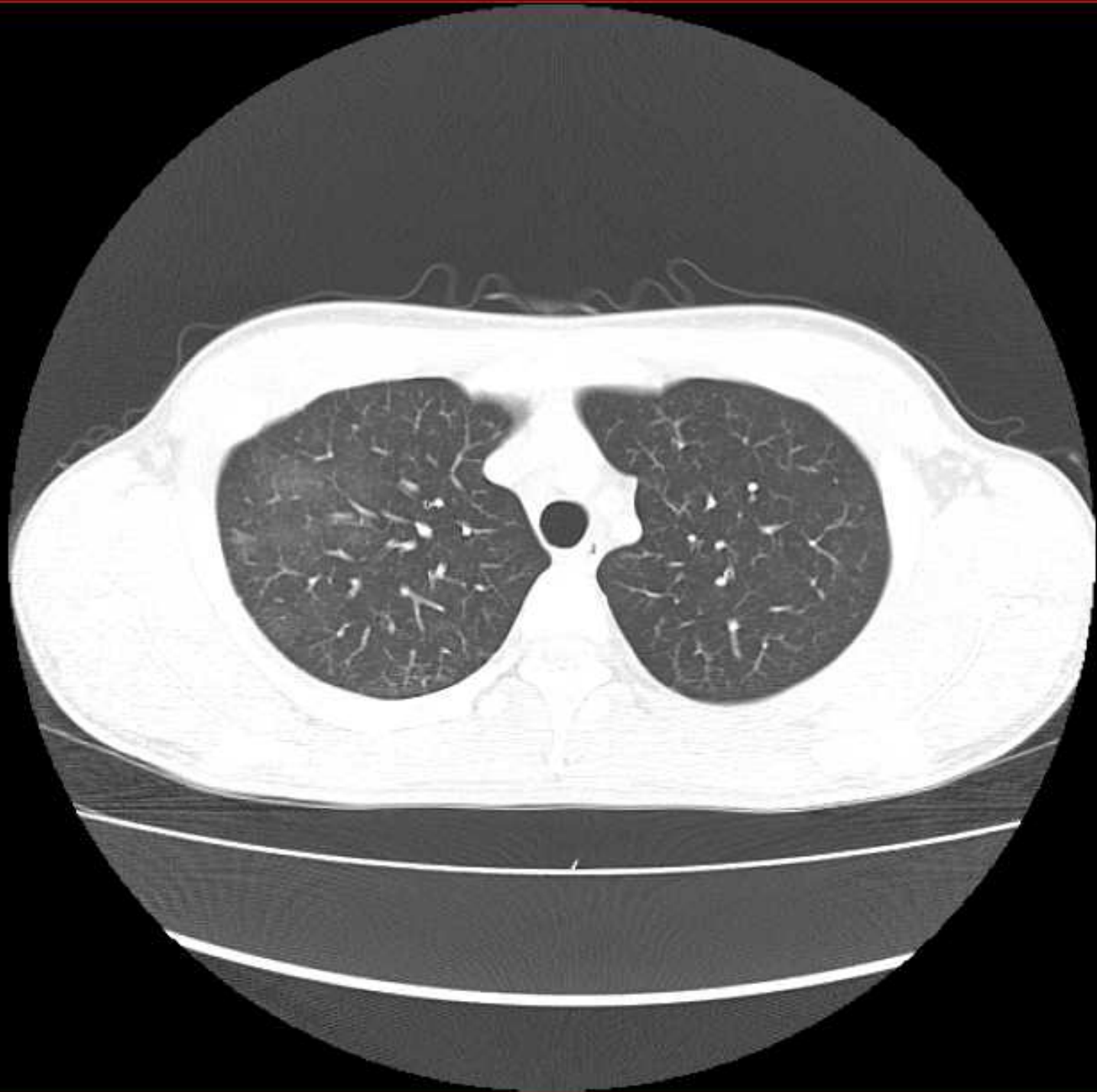
Vincent Cottin and Jean-François Cordier

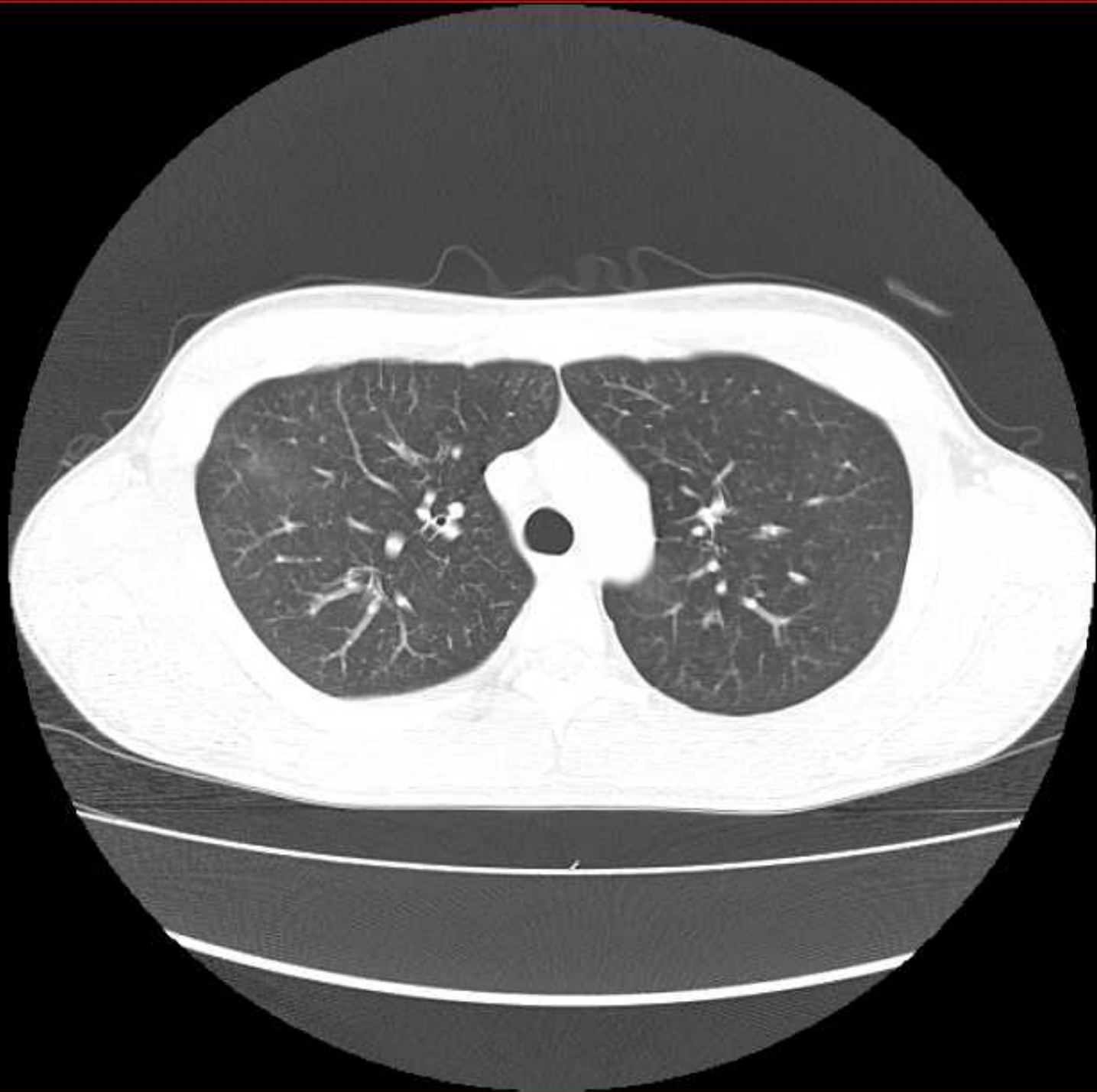
[19, 31], and rales are present in only one in four patients with left heart congestion due to systolic heart failure [32].

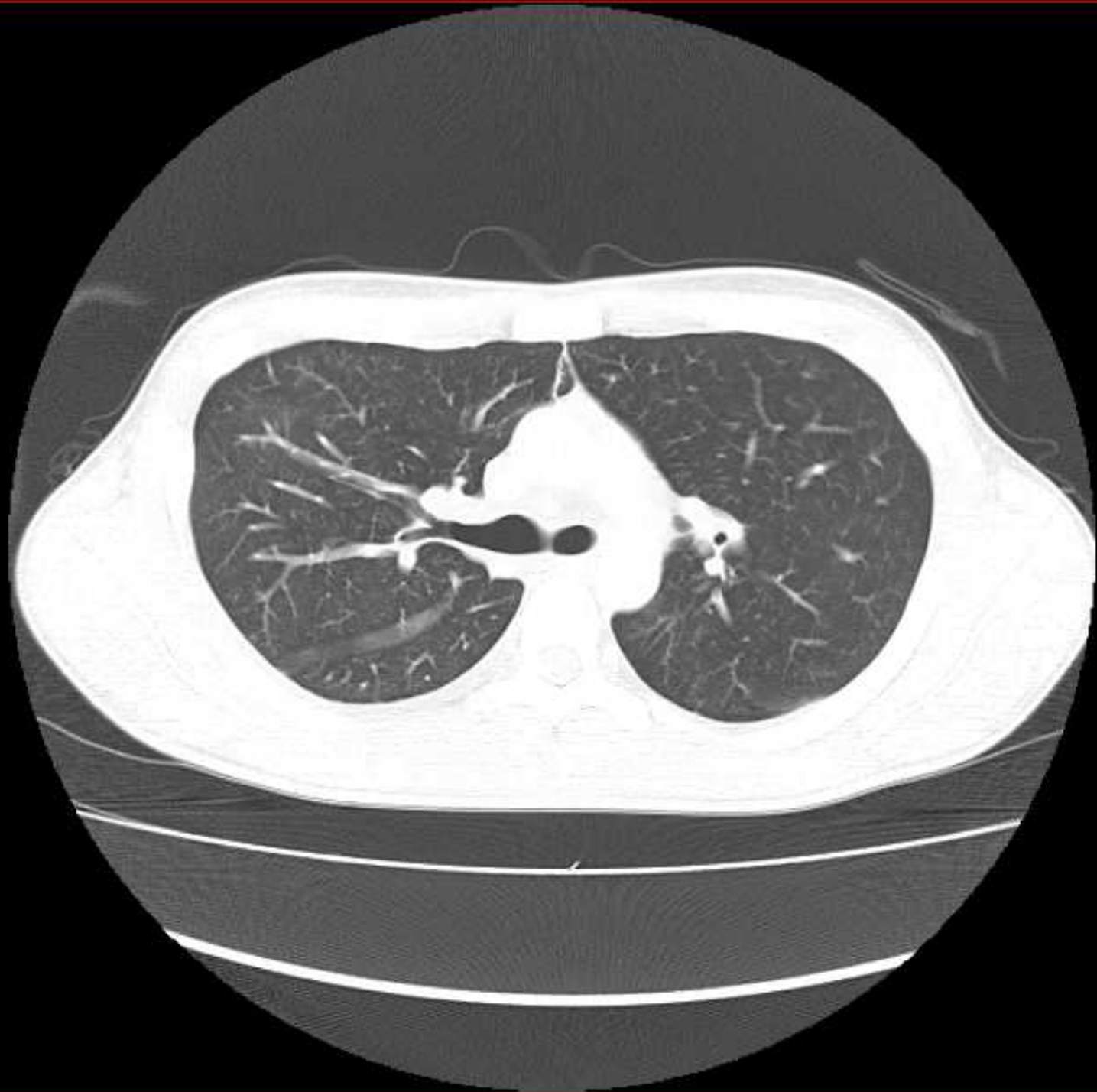
Until a prospective, modern study can re-appraise the genuine value of lung auscultation for the diagnosis of IPF according to current guidelines [18, 33], we consider that the identification of fine crackles has an excellent sensitivity and good specificity for the disease process of pulmonary fibrosis and thus advocate that lung auscultation is valuable in diagnosing earlier IPF. Pulmonologists should educate students and general physicians

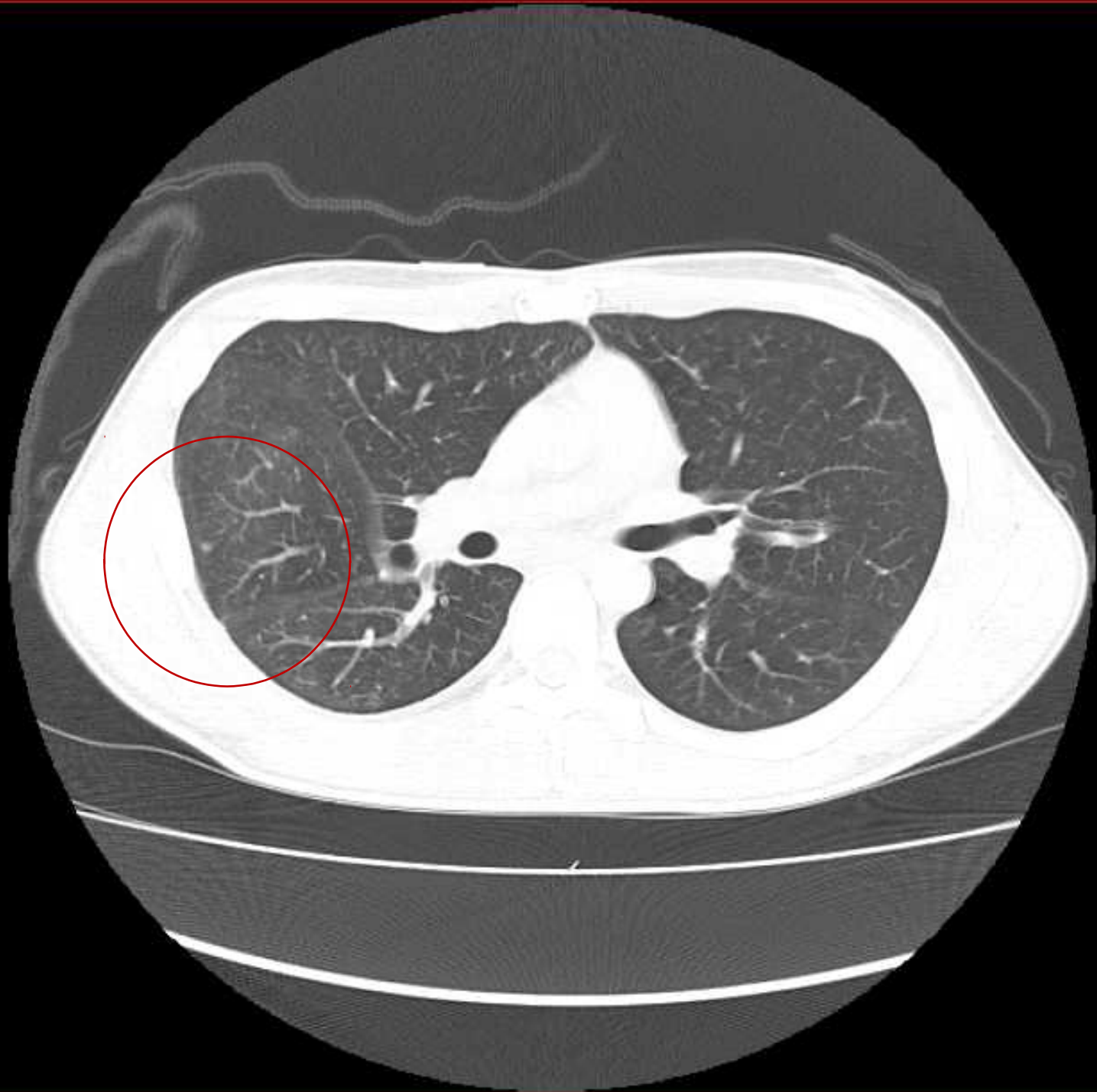
Cottin V and Cordier JF. *Eur Respir J* 2012; 40: 519-21.

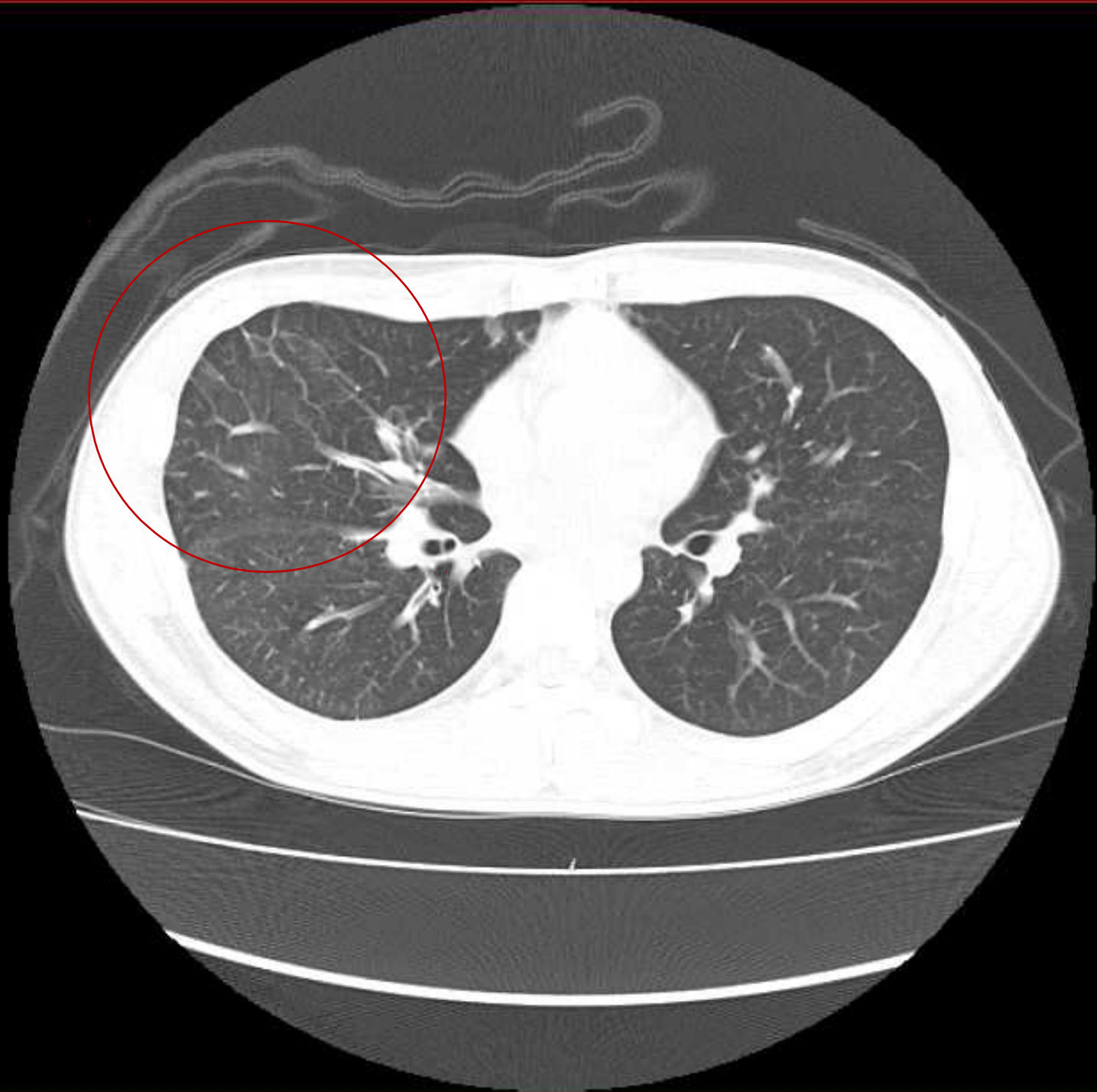




















CƠ BẢN của đọc hình ảnh HRCT

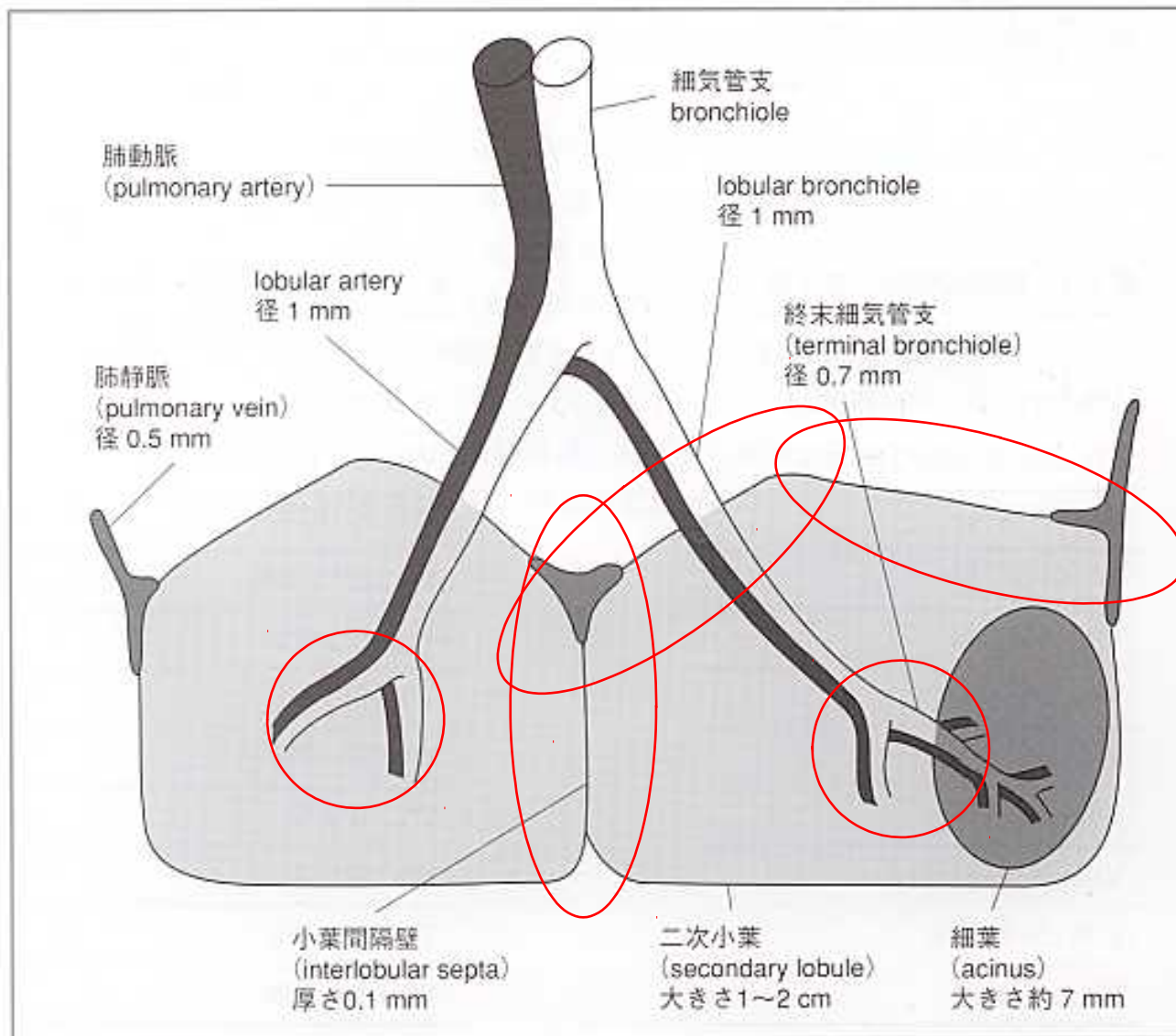


図 3-25 肺の二次小葉構造 村田喜代史, 池添潤平, 上甲剛編, 胸部の CT 第 2 版 (MEDSI 社)



ghi ngờ AEP (viêm phổi tạng Eosinophil cấp) từ Tiền sử

TBLB và Rửa phế quản phế nang

**Mục đích] Chẩn đoán xác định,
ngoài trừ bệnh nhiễm trùng (sẽ dụng corticosteroid)**

【 kỹ thuật 】

1T-260

t B5b BAL (94/150;62%)

B8a, B4a, B2b TBLB

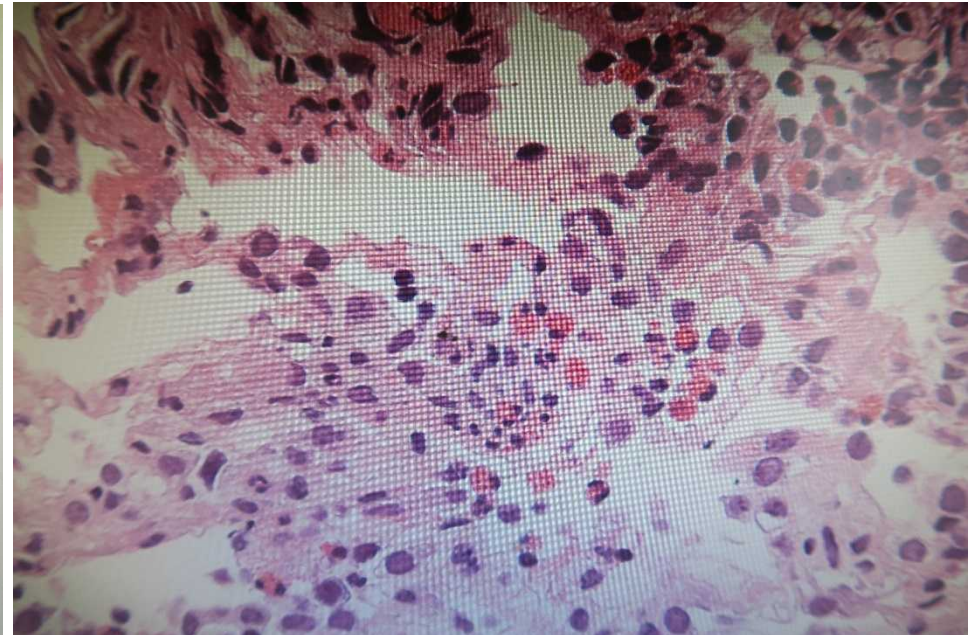
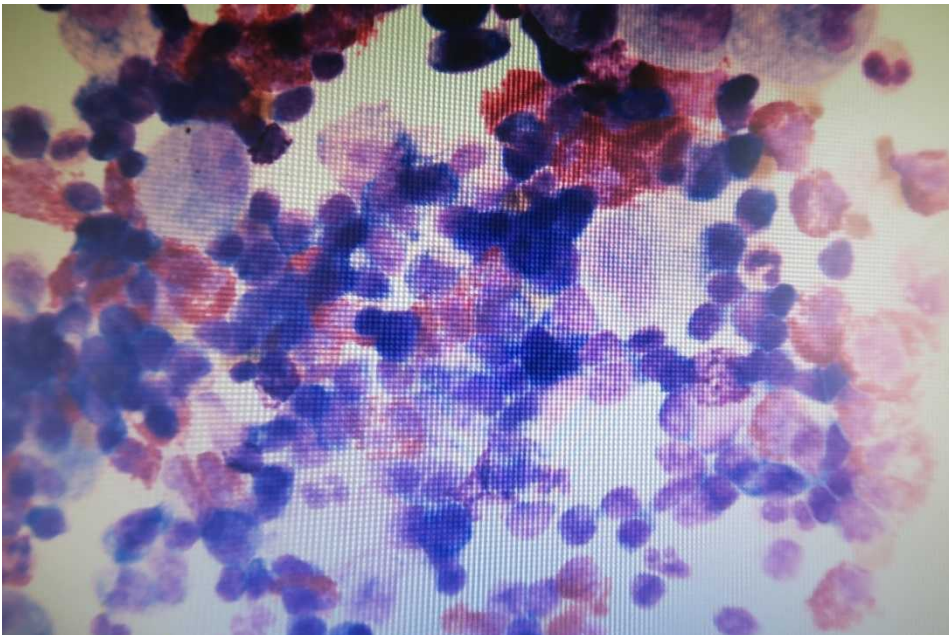
* **FeNO: 136 bpm**

Diff-quick Eosino ưu thế

Baso: 5.0%, **Eo: 30.0%**, Neu: 18.0%, **Lymp: 31.0%**, Mp: 16.0%

Nuôi cấy / PCR các loại (-)

【 Giải phẫu bệnh 】



AEP (viêm phổi do Eosinophil cấp)

Random

TBLB

VPK thì hay bị giãn phế quản nên
phải **sinh thiết gần màng phổi**
để có nhu mô

phải cần C-arm (Xq) để an toàn

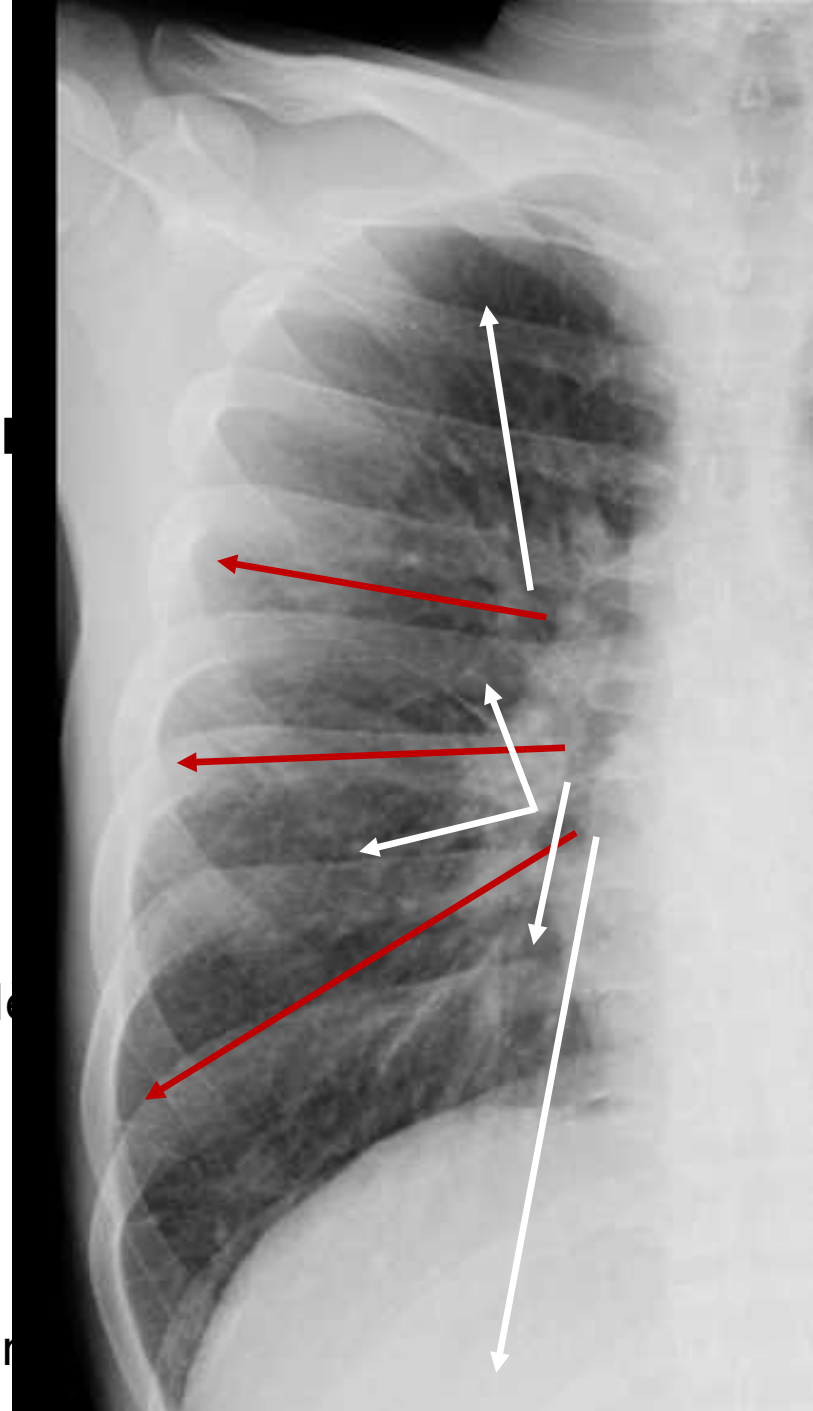
xác nhận vị trí màng phổi,
lấy khi bệnh nhân thở ra,
xác nhận bệnh nhân không bị đau ngực

khi tổn thương lan tỏa thì
B8a/9a, B5a/4a,
B2b/3a (B1+2c/3a) (thấy Xq d

(EBUS-)(GS-) TBLB

tại chỗ

nếu cần chọn đúng vị trí chính xác thì
dùng các kỹ thuật như EBUS hay GS
để an toàn và tăng tỷ lệ chẩn đoán

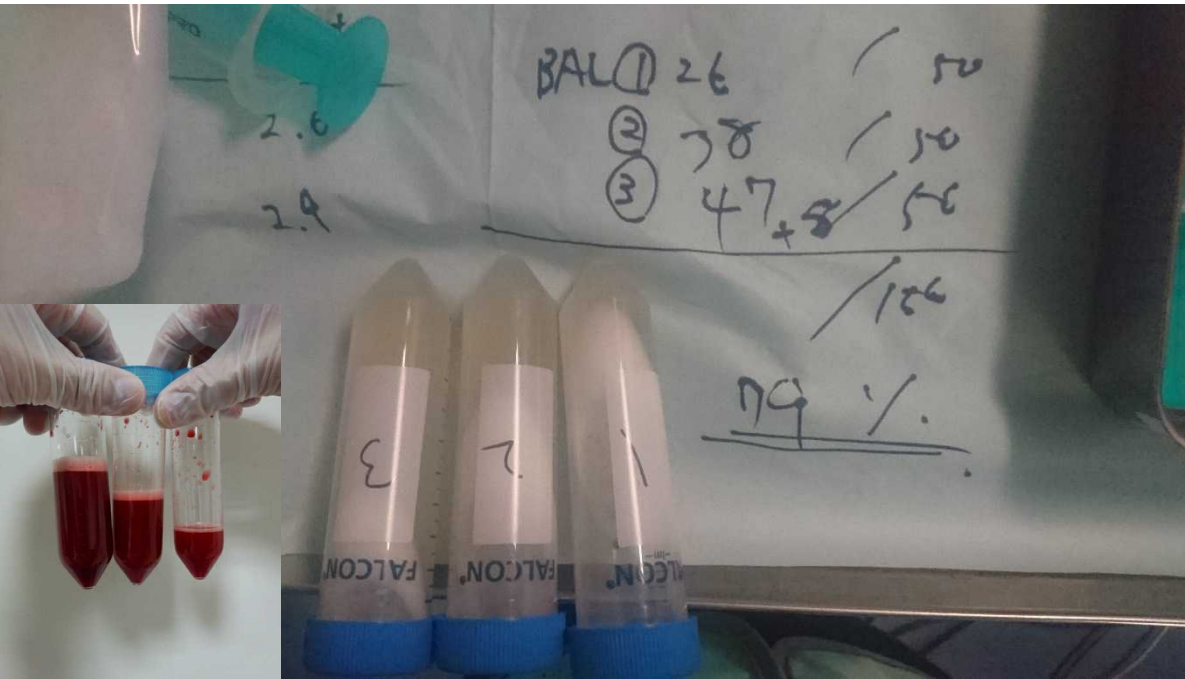


BAL (rửa phế quản phế nang)

ước muối sinh lý 37 độ 50ml x rửa 3 lần
ên lấy dịch lại hơn 60%, nên bình thường là B4/5 (B8, B3)

ịch 1 -> vi sinh học (rửa phế quản),
ịch 2,3 -> phân tích tế bào (rửa phế nang)

->> Diff-quick !!



EBUS-TBNA

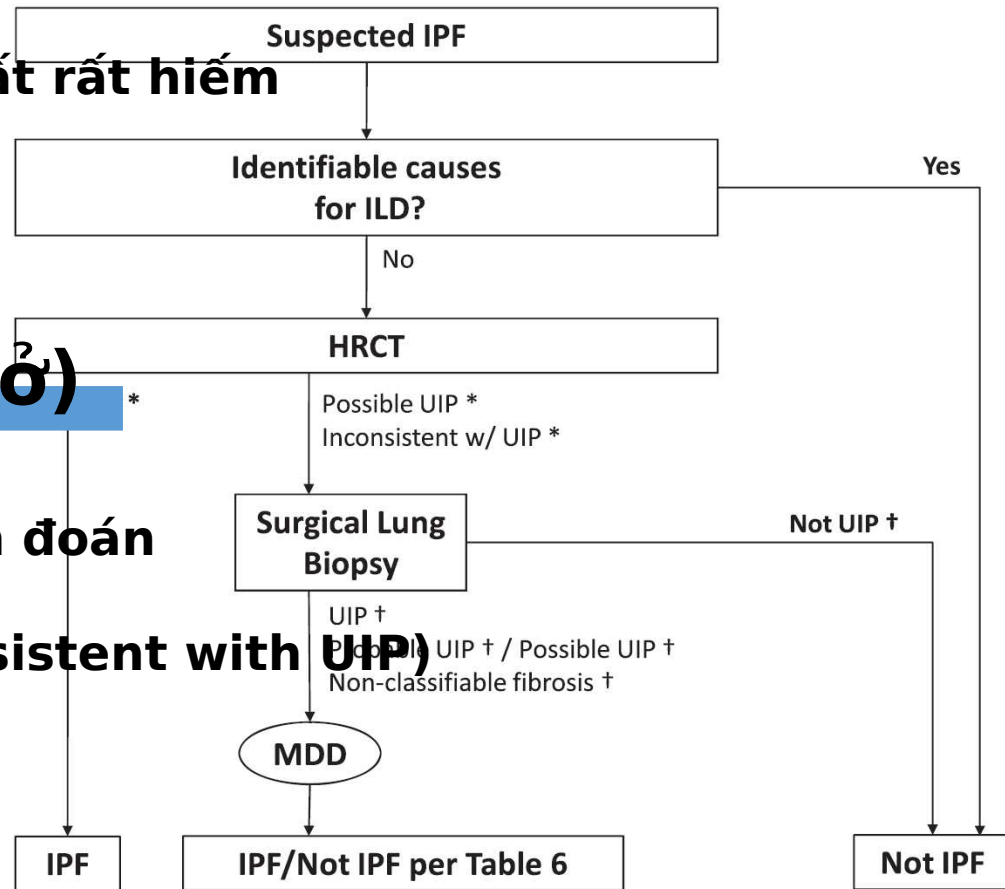
HRCT / siêu mỏng

Bệnh phổi lan tỏa hay có sung hạch trung thất **thâm lấn, nhanh để có kết quả**
Lymphoma thì TBNA tốt hơn, **Có một số bệnh chẩn đoán đ**
Sarcoidosis thì TBLB và TBNA bằng nhau **chỉ bằng CT.. (IPF)**

Hiện tại chỉ định nội soi trung thất rất hiếm

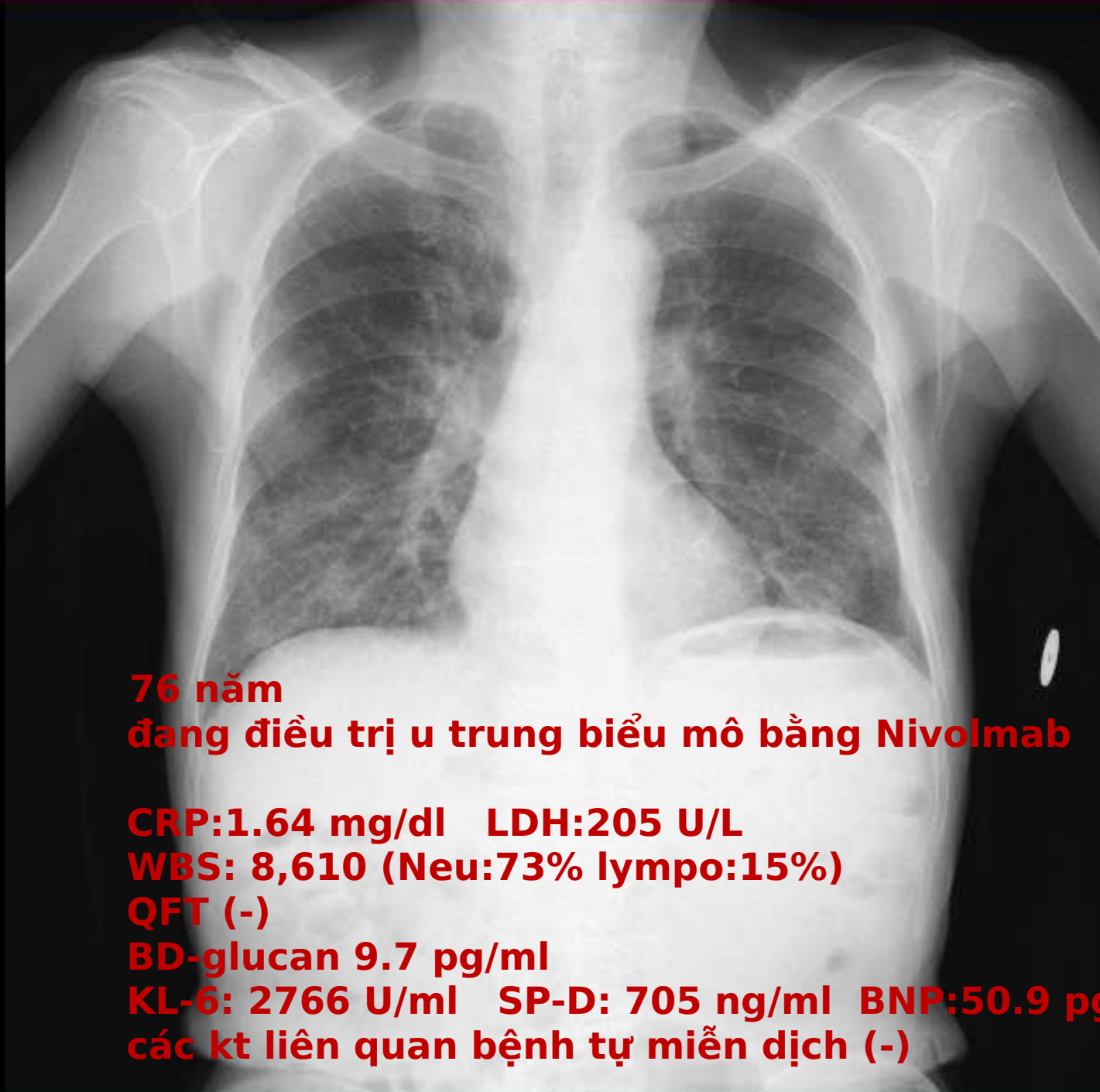
VATs (sinh thiết mở)

Một số bệnh cần sinh thiết
cả một hạch để chẩn đoán
Adult still disease
IPF (Possible-UIP, inconsistent with UIP)



...cryobiopsy??

Trường hợp 02



76 năm
đang điều trị u trung biểu mô bằng Nivolumab

CRP:1.64 mg/dl LDH:205 U/L

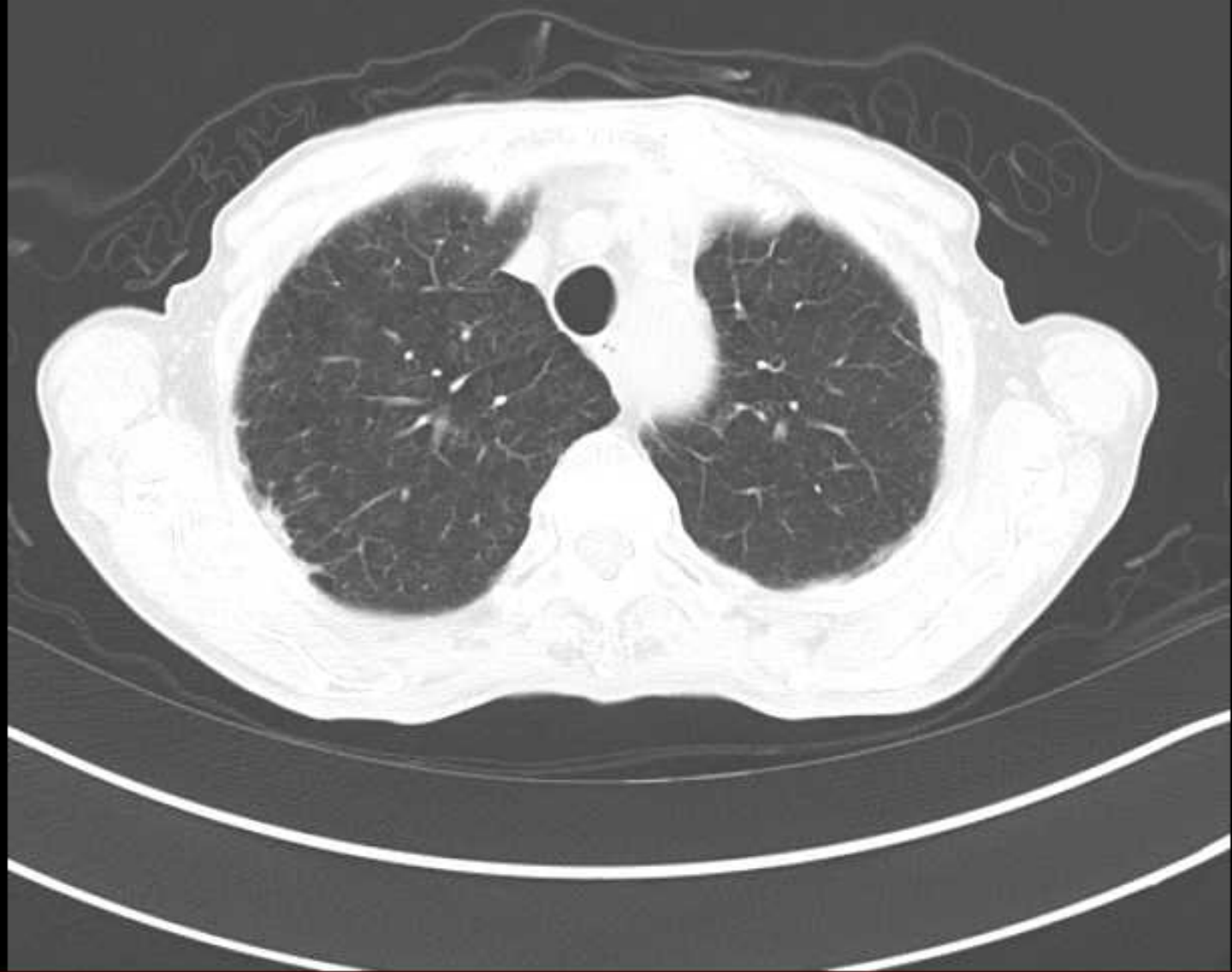
WBS: 8,610 (Neu:73% lympo:15%)

QFT (-)

BD-glucan 9.7 pg/ml

KL-6: 2766 U/ml SP-D: 705 ng/ml BNP:50.9 pg/ml

các kt liên quan bệnh tự miễn dịch (-)





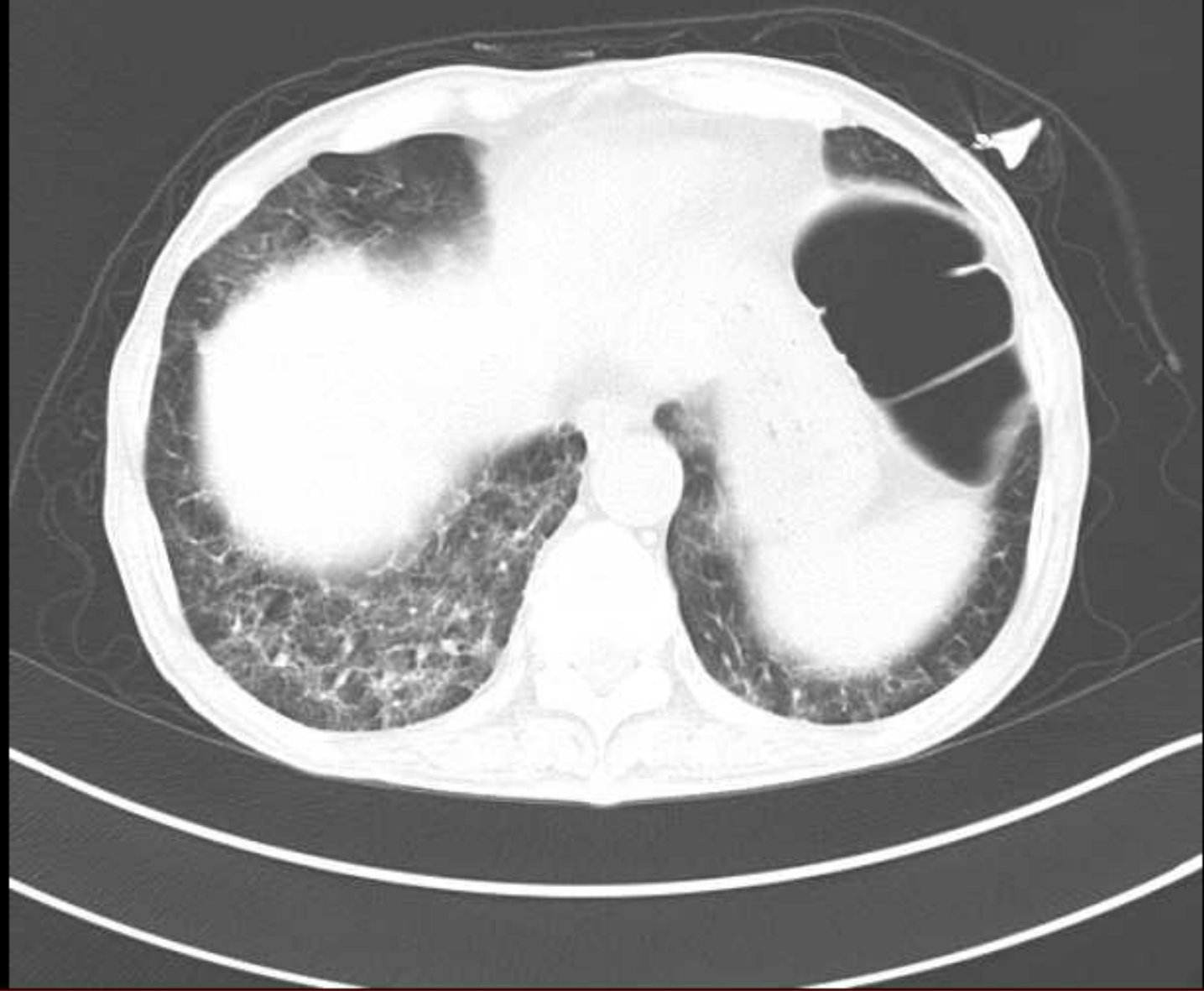


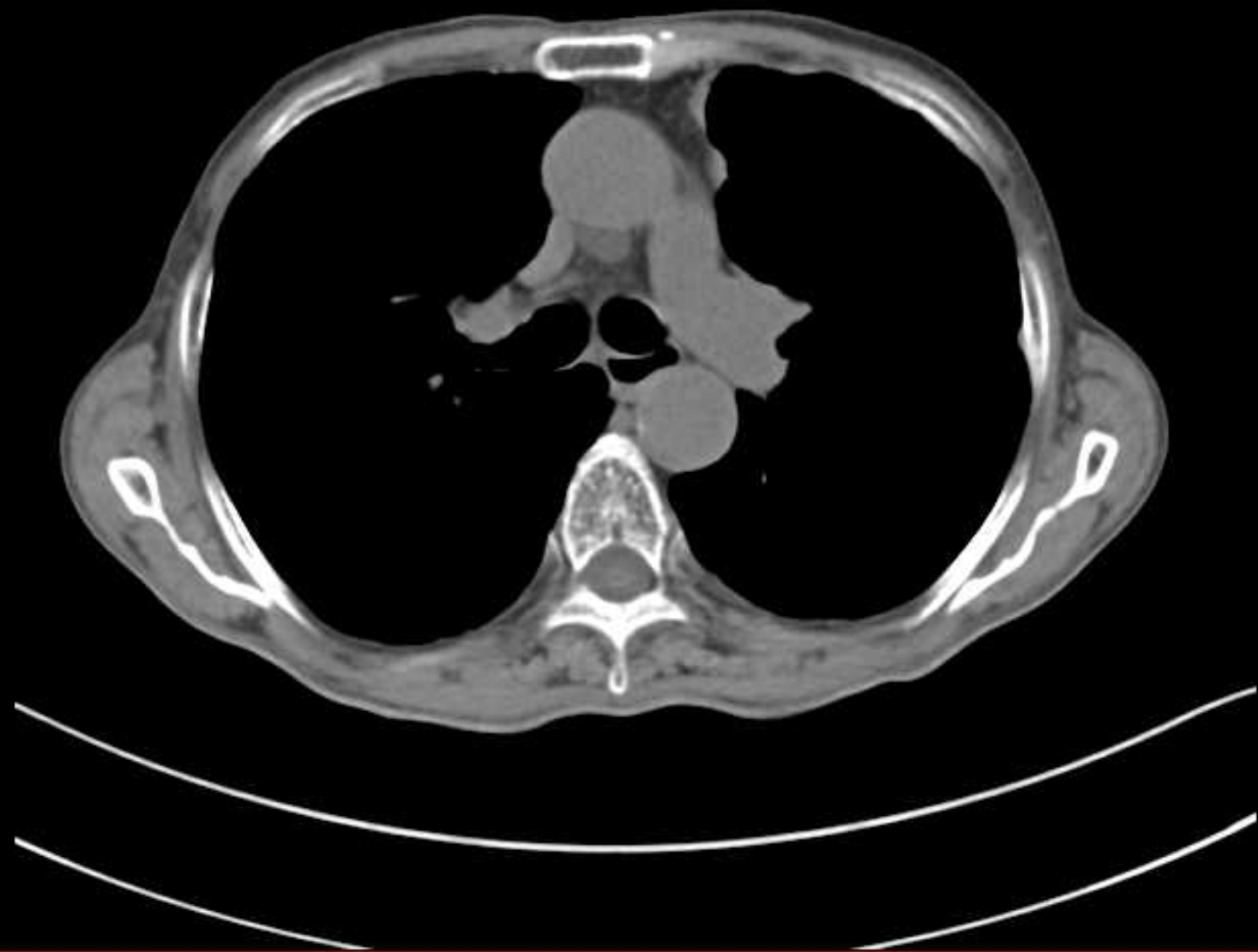












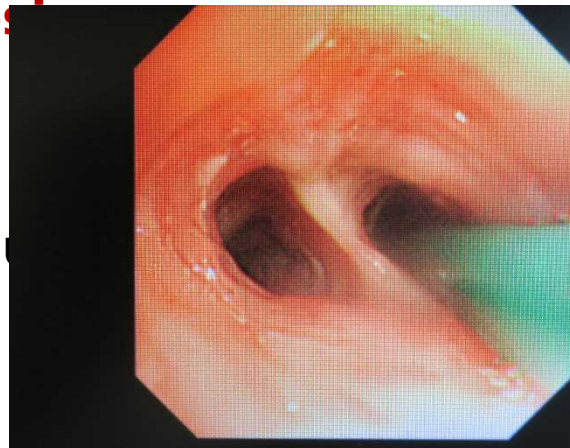
Mục đích]

ít khả năng bệnh nhiễm trùng, huyết máu phế nang
phải **ngoài trừ carcinomatous lymphangiosarcoma**

Kỹ thuật]

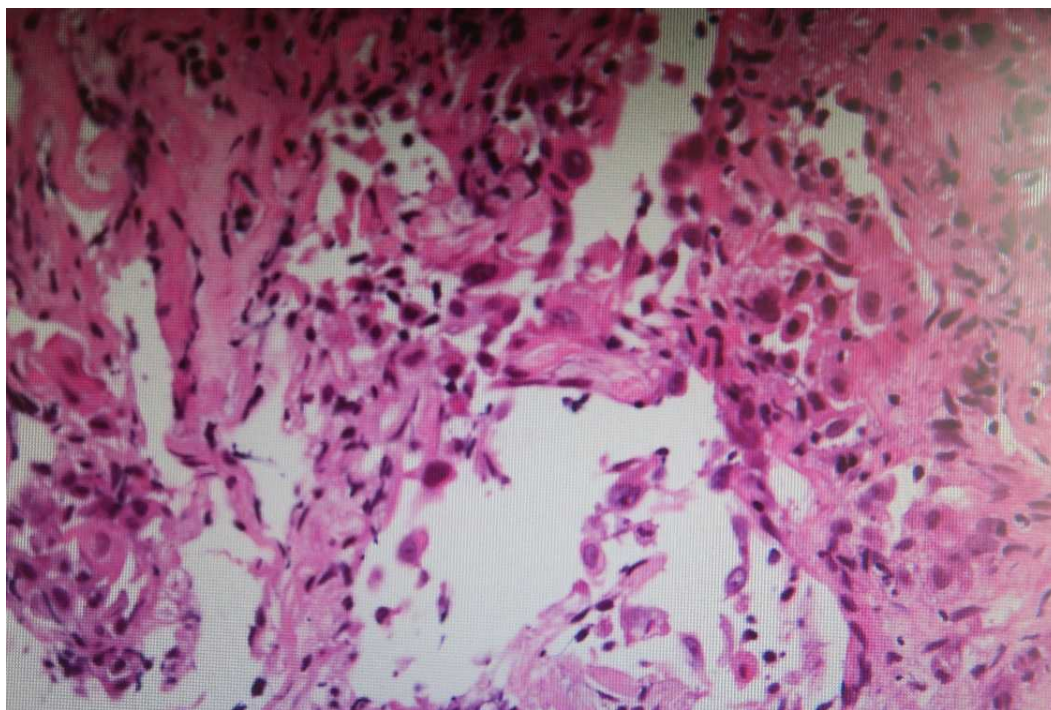
1T-260

p B5a BAL (87/150;58%, không có máu, đờm mủ)
B8a, B4a, B2b TBLB



Giải phẫu bệnh]

L
p-PCR(-)
4/CD8=0.2
o:0%, Eo:1%,
i:7%, **Lymp:21%**,
71%



VPK do thuốc miễn dịch
(Nivolumab)

Trường hợp 03

Được giới thiệu từ bệnh viện khác

6 thở gắng sức
đã mang đến :

hình lưới 2 bên đáy phổi

ng có nguyên nhân VPK trong tiền sử



HRCT (và xn máu)



IPF (xơ hóa phổi Ideopatic)



An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Update of the International Multidisciplinary Classification of the Idiopathic Interstitial Pneumonias

William D. Travis, Ulrich Costabel, David M. Hansell, Talmadge E. King, Jr., David A. Lynch, Andrew G. Nicholson, Christopher J. Ryerson, Jay H. Ryu, Moisés Selman, Athol U. Wells, Jurgen Behr, Demosthenes Bouros, Kevin K. Brown, Thomas V. Colby, Harold R. Collard, Carlos Robalo Cordeiro, Vincent Cottin, Bruno Crestani, Marjolein Drent, Rosalind F. Dudden, Jim Egan, Kevin Flaherty, Cory Hogaboam, Yoshikazu Inoue, Takeshi Johkoh,

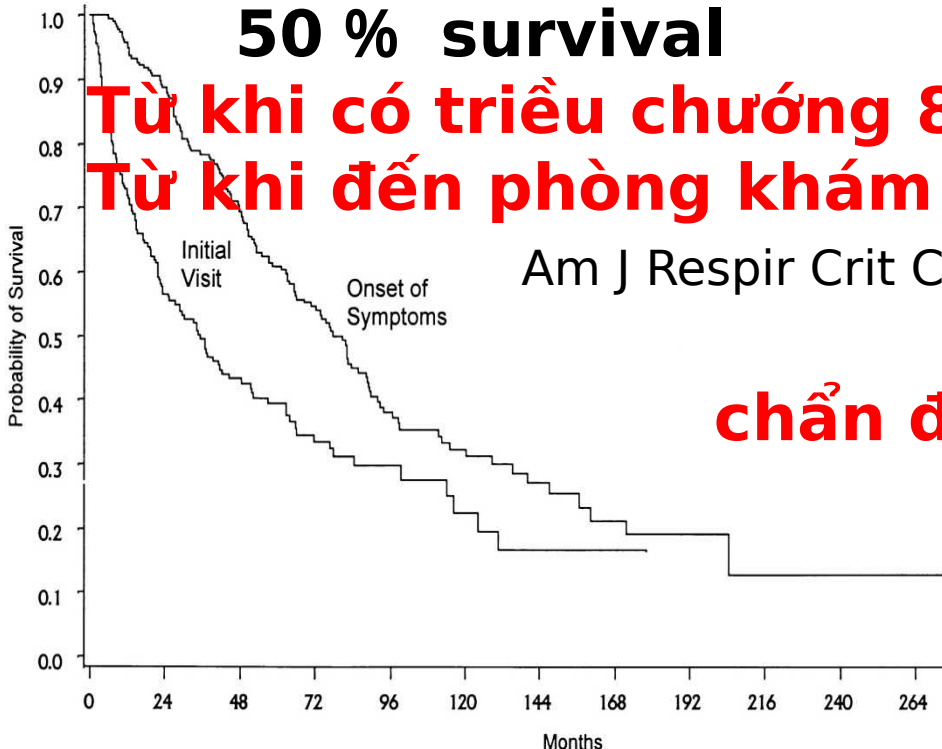
Idiopathic IPs (IIPs)
2013 Classification
Sắp có bản mới !!

亞分類	疾患
Major IIPs	<ul style="list-style-type: none">• Idiopathic Pulmonary Fibrosis (IPF)• Non-specific Interstitial Pneumonia (NSIP)• Cryptogenic Organizinneumonia (COP)• Acute IP (AIP)• Desquamative IP (DIP)• Respiratory Bronchiolitis - ILD (RB-ILD)
Rare IIPs	<ul style="list-style-type: none">• Lymphocytic IP (LIP)• Pleuro-Parenchymal Fibroelastosis (PPFE)
Unclassifiable IIP	

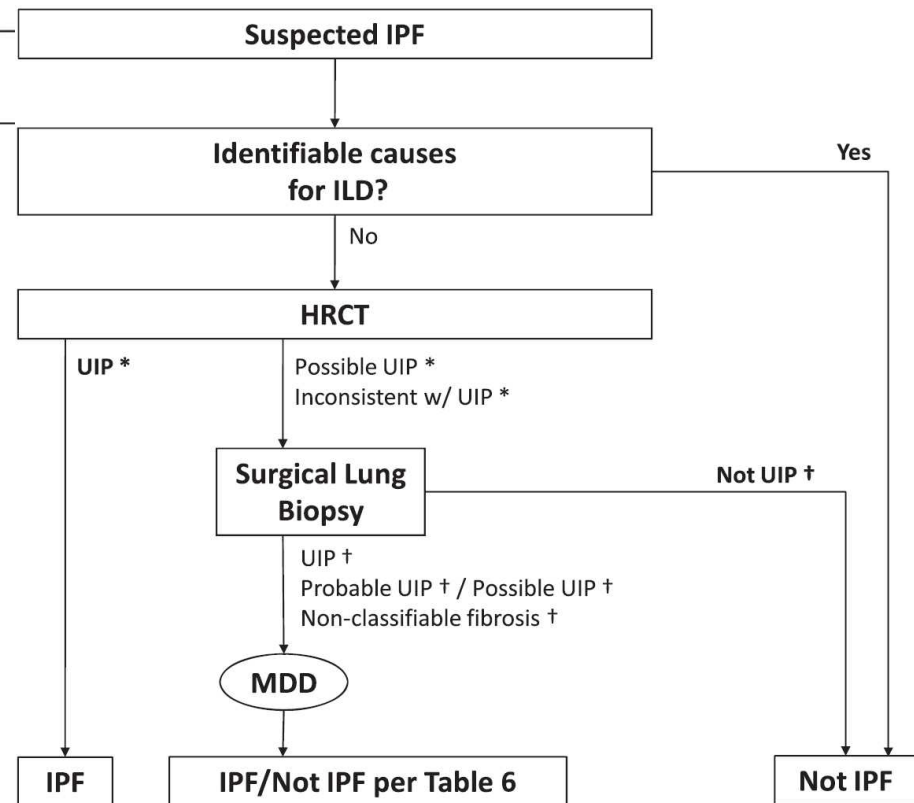
50 % survival

Từ khi có triệu chứng 80.8 tháng
Từ khi đến phòng khám 35.2 tháng

Am J Respir Crit Care Med. 2001; 164:1171-1181.

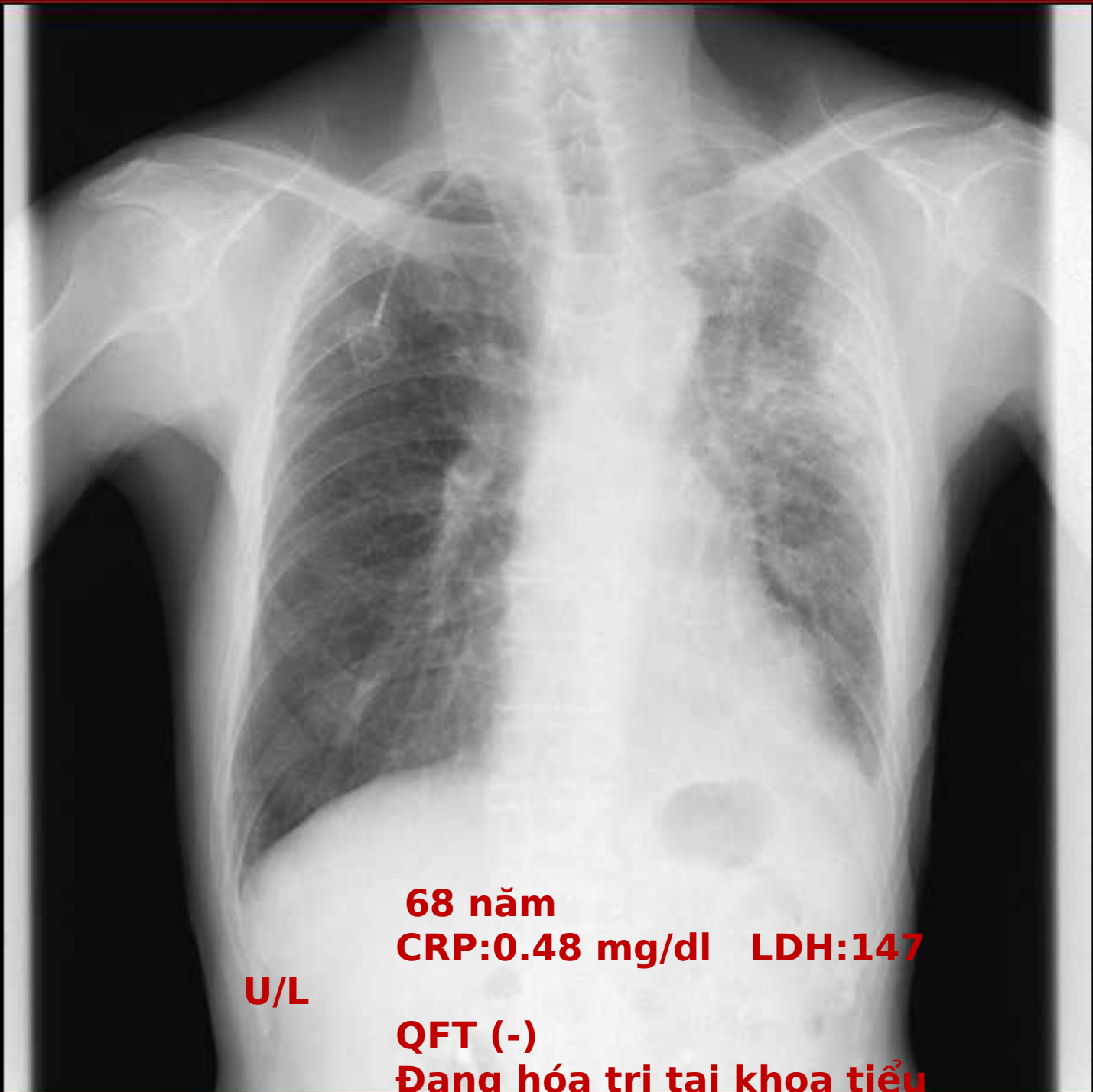


chẩn đoán bằng HRCT, có thuốc ở



HRCT Pattern	SLB Pattern	Diagnosis of IPF (MDD)
UIP	UIP	YES
	Probable UIP	
	Possible UIP	
	Non-classifiable Fibrosis	
Possible UIP	Not UIP	NO
	UIP	YES
	Probable UIP	Probable
	Possible UIP	
	Non-classifiable Fibrosis	
Inconsistent with UIP	Not UIP	NO
	UIP	Probable
	Probable UIP	NO
	Possible UIP	
	Non-classifiable Fibrosis	
	Not UIP	

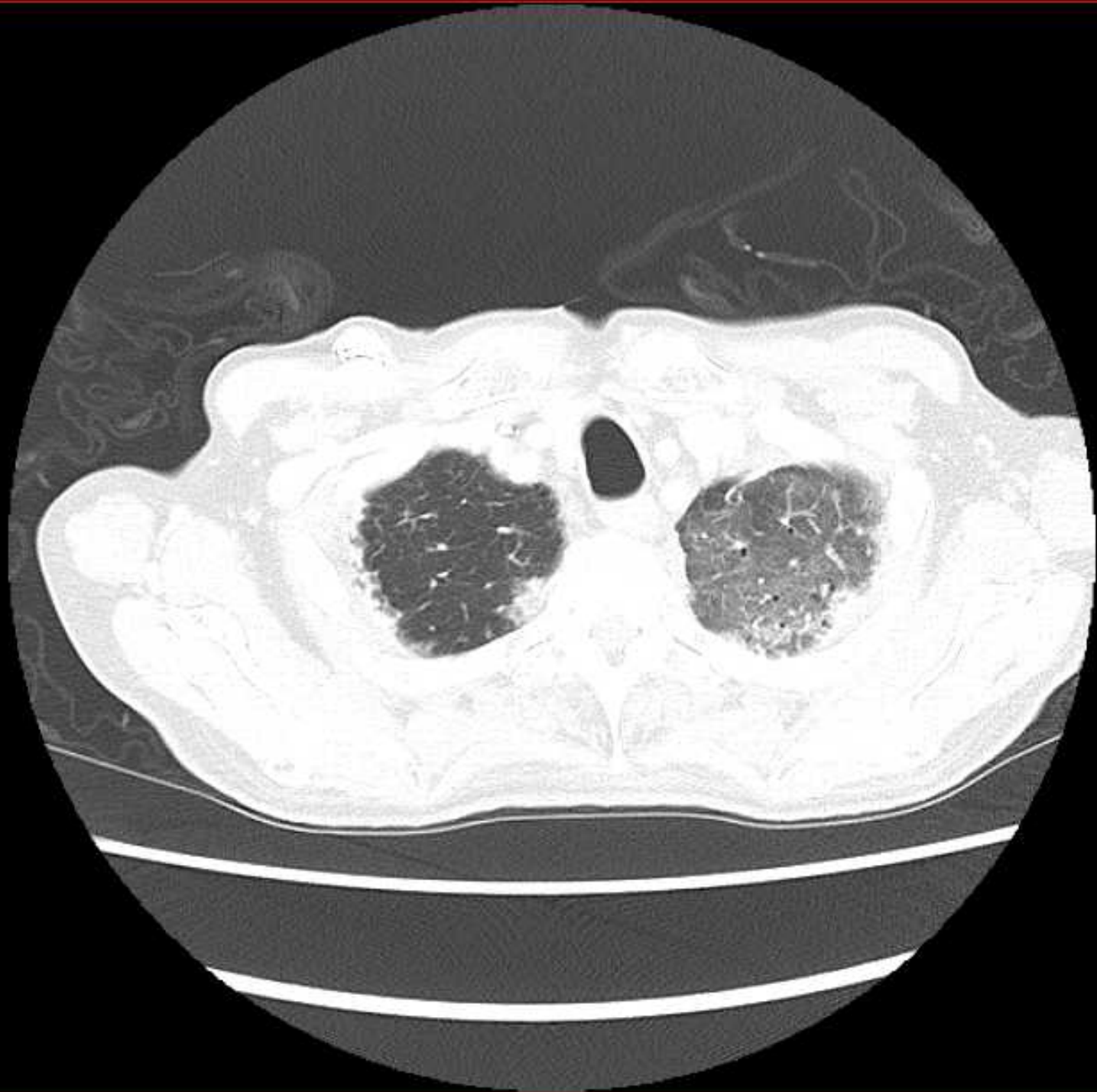
Trường hợp 04

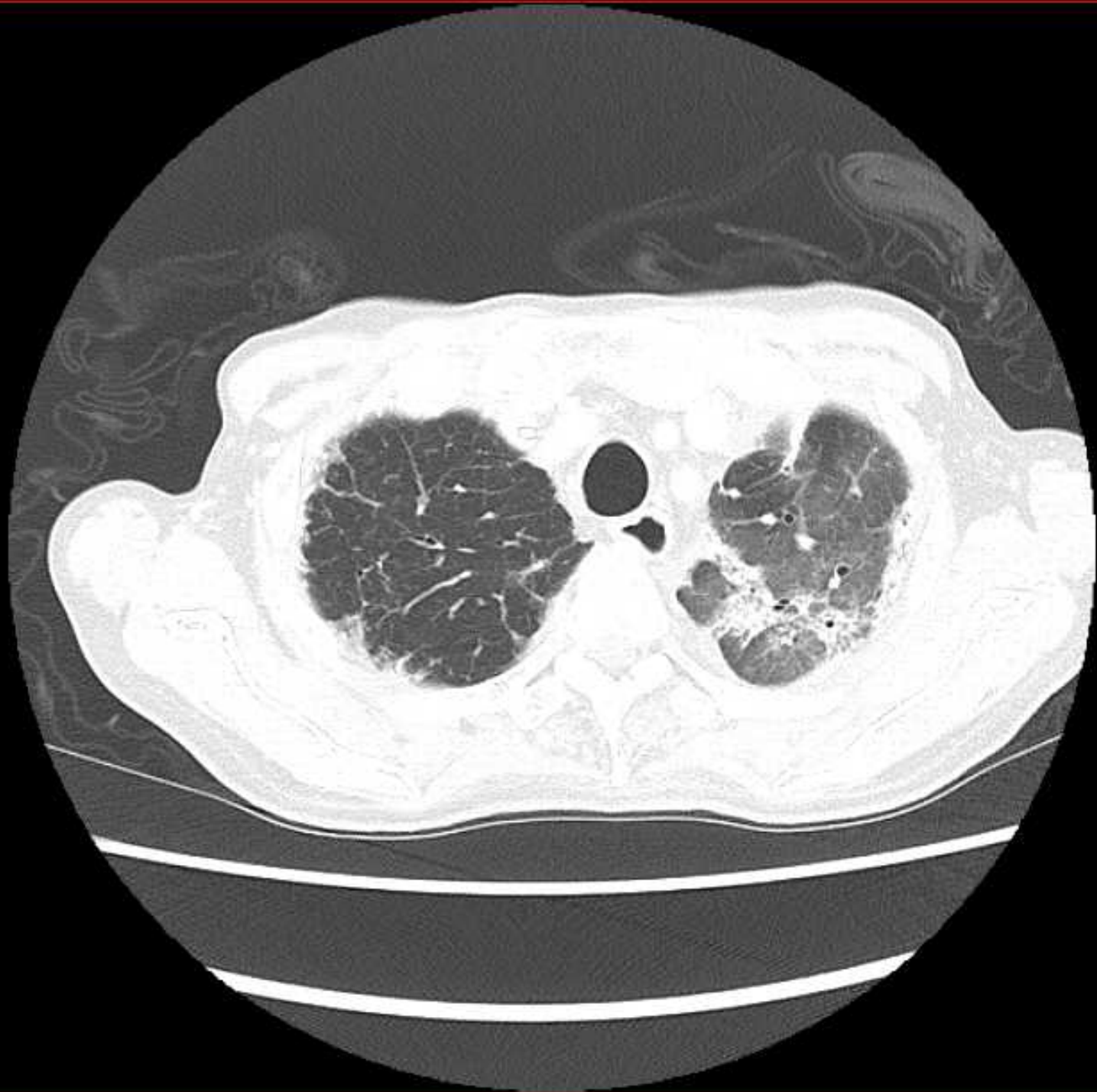


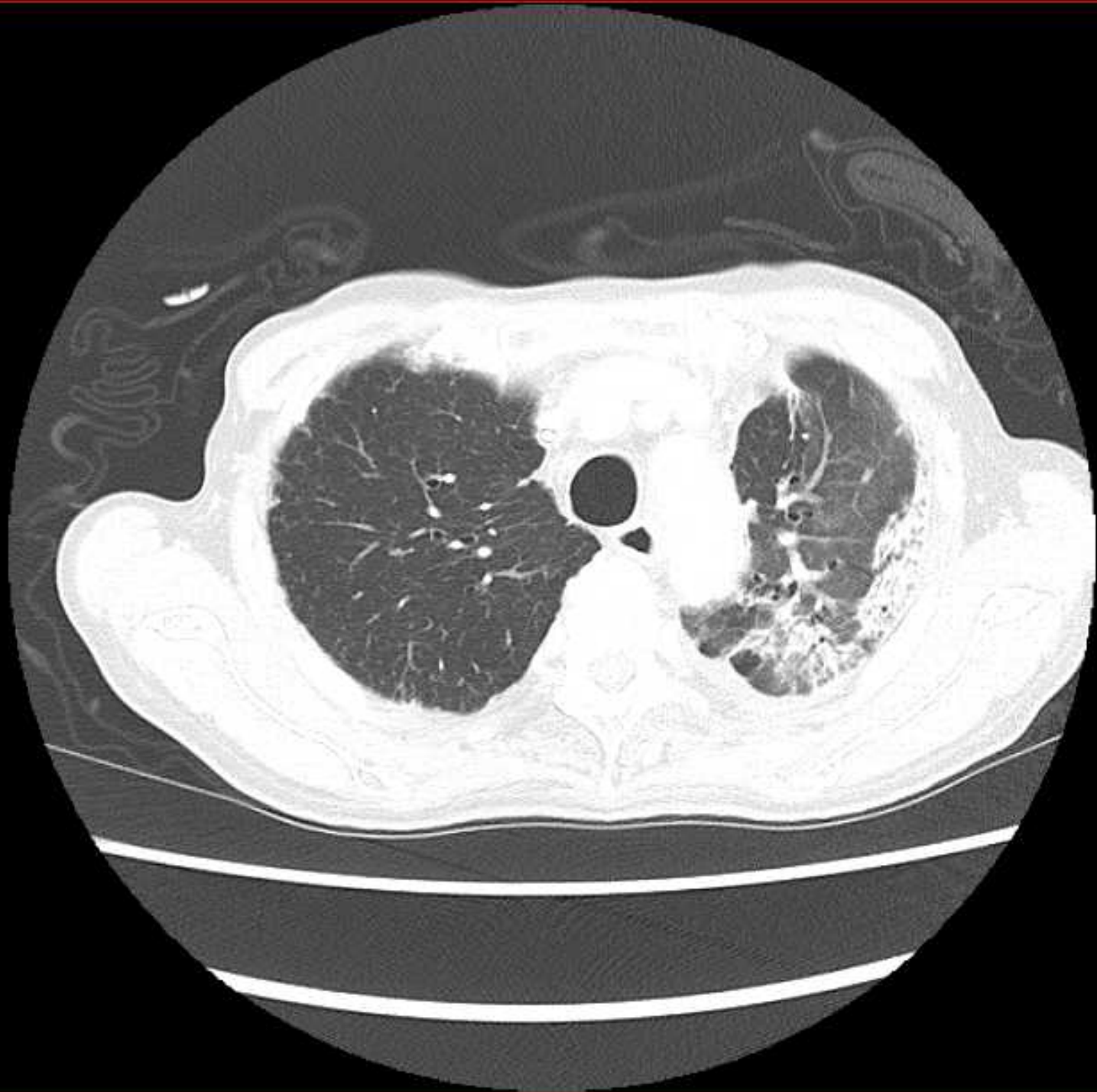
U/L

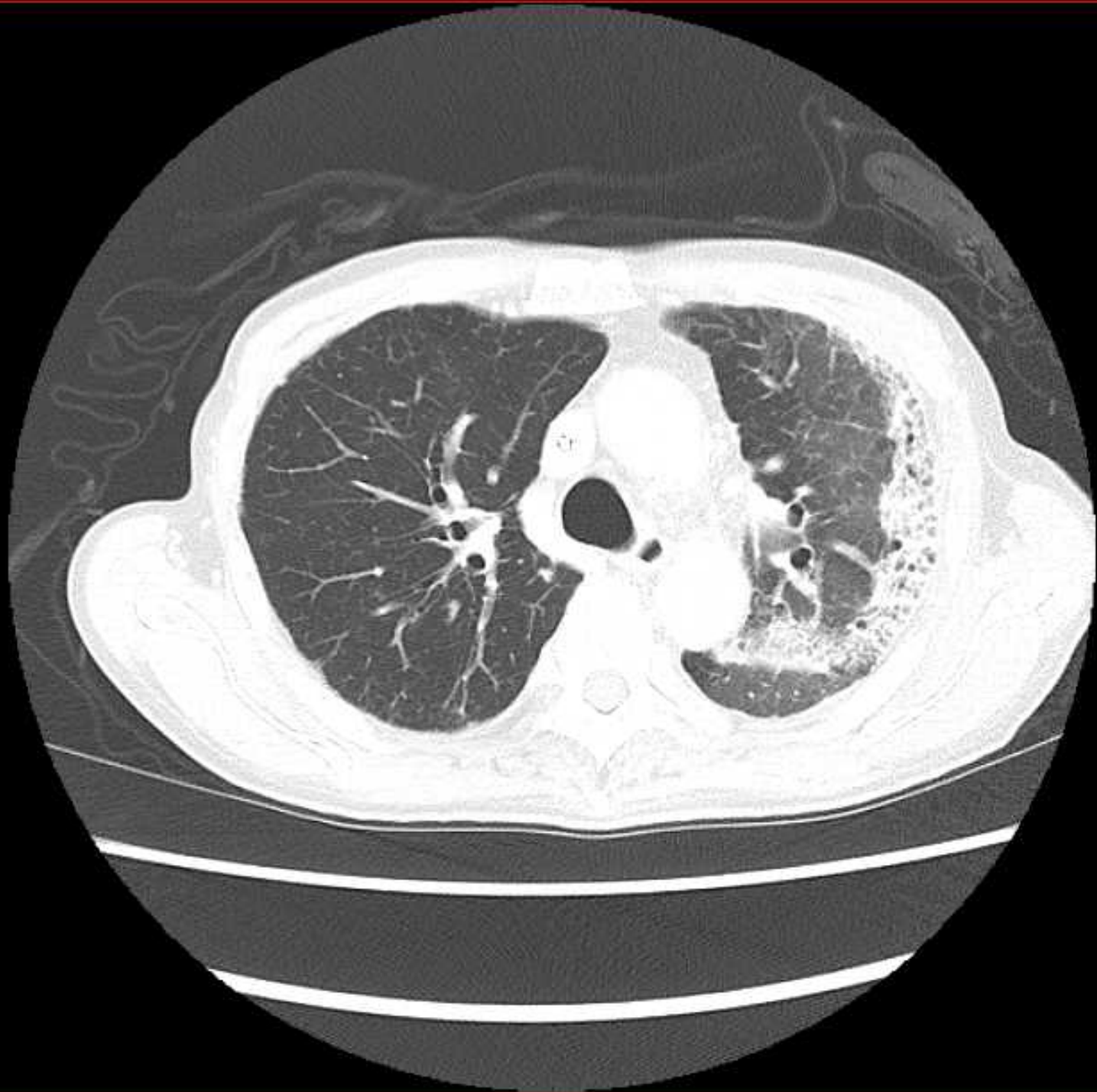
68 năm
CRP:0.48 mg/dl LDH:147

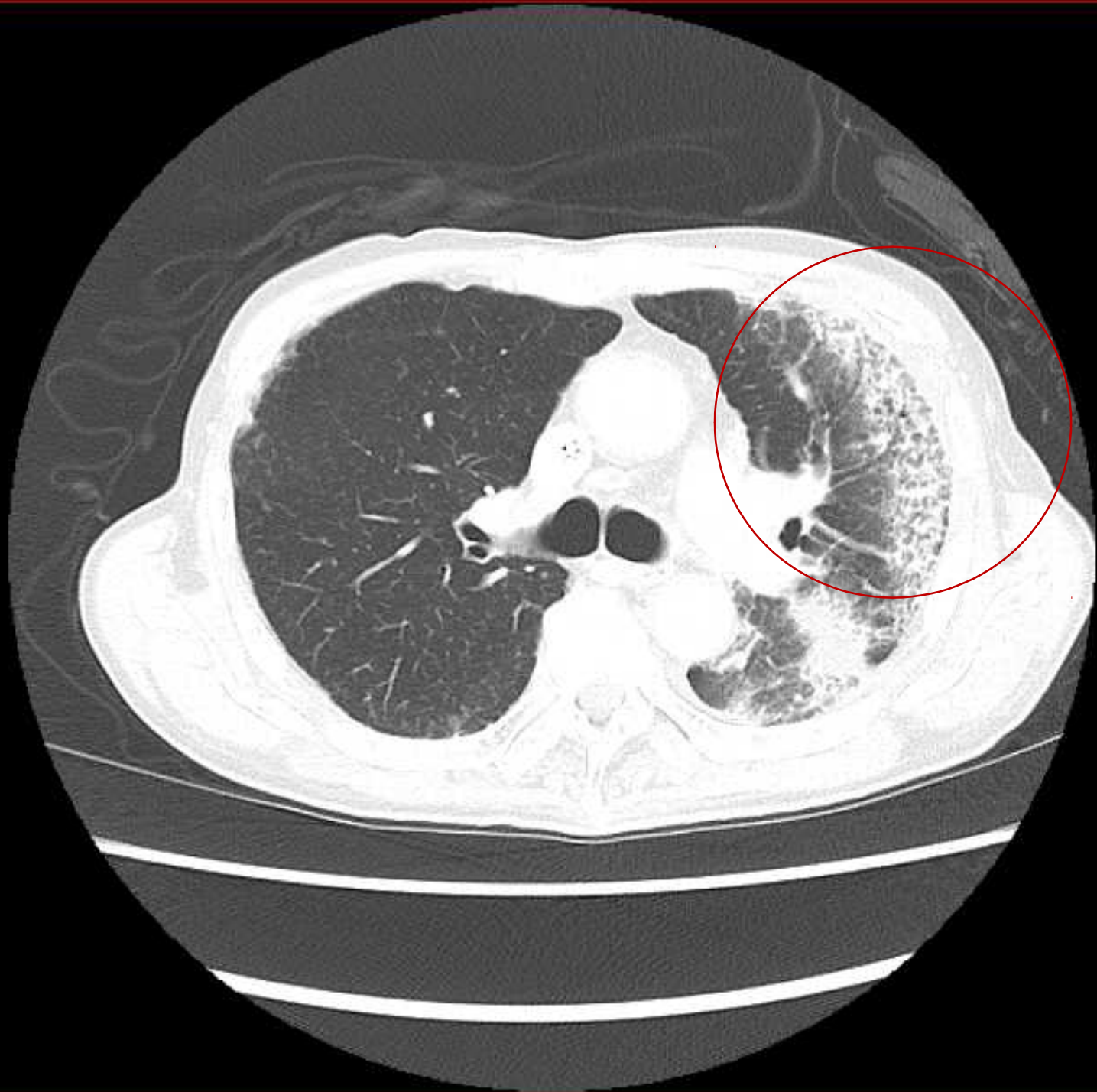
QFT (-)
Đang hóa trị tại khoa tiểu

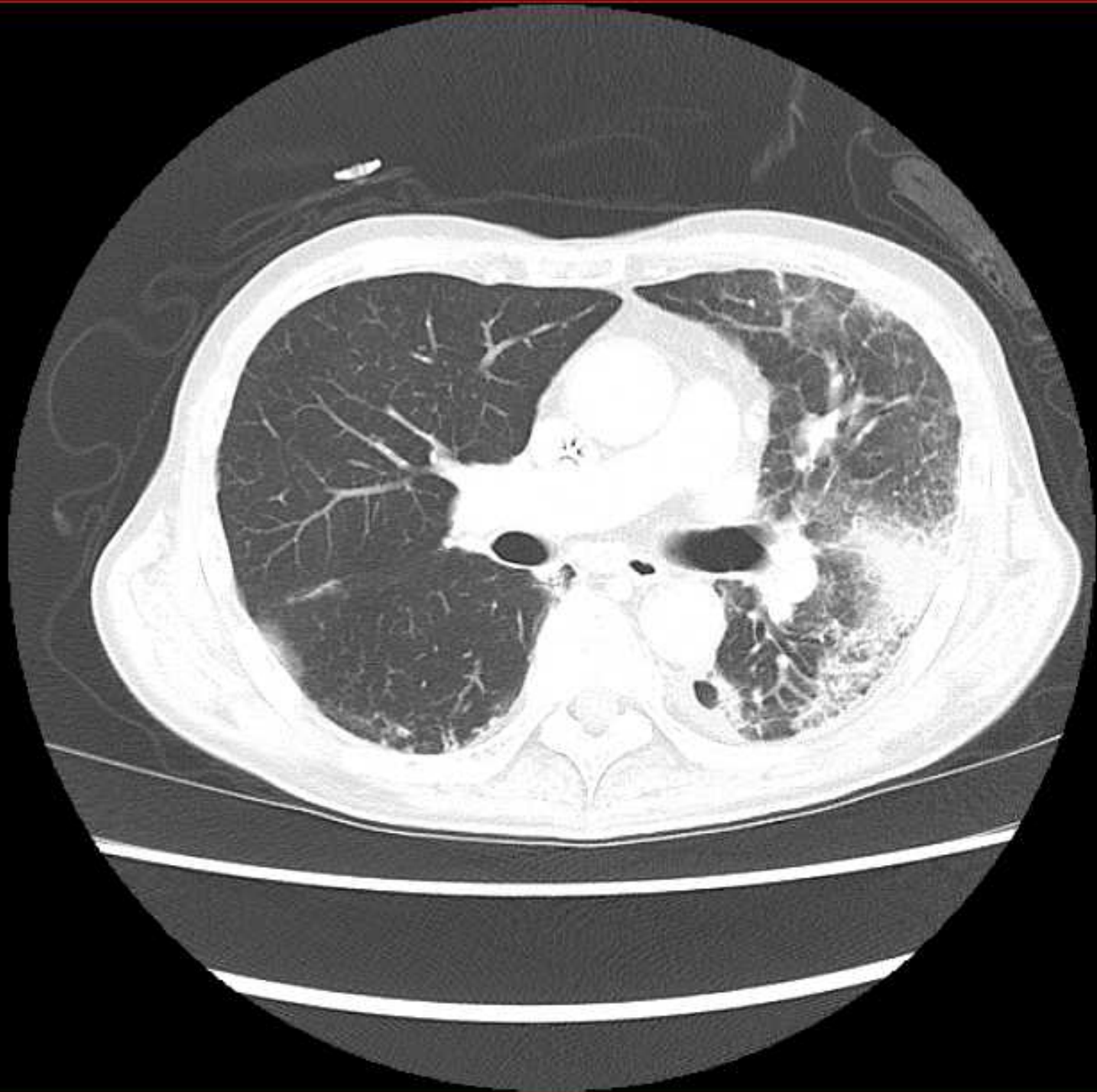


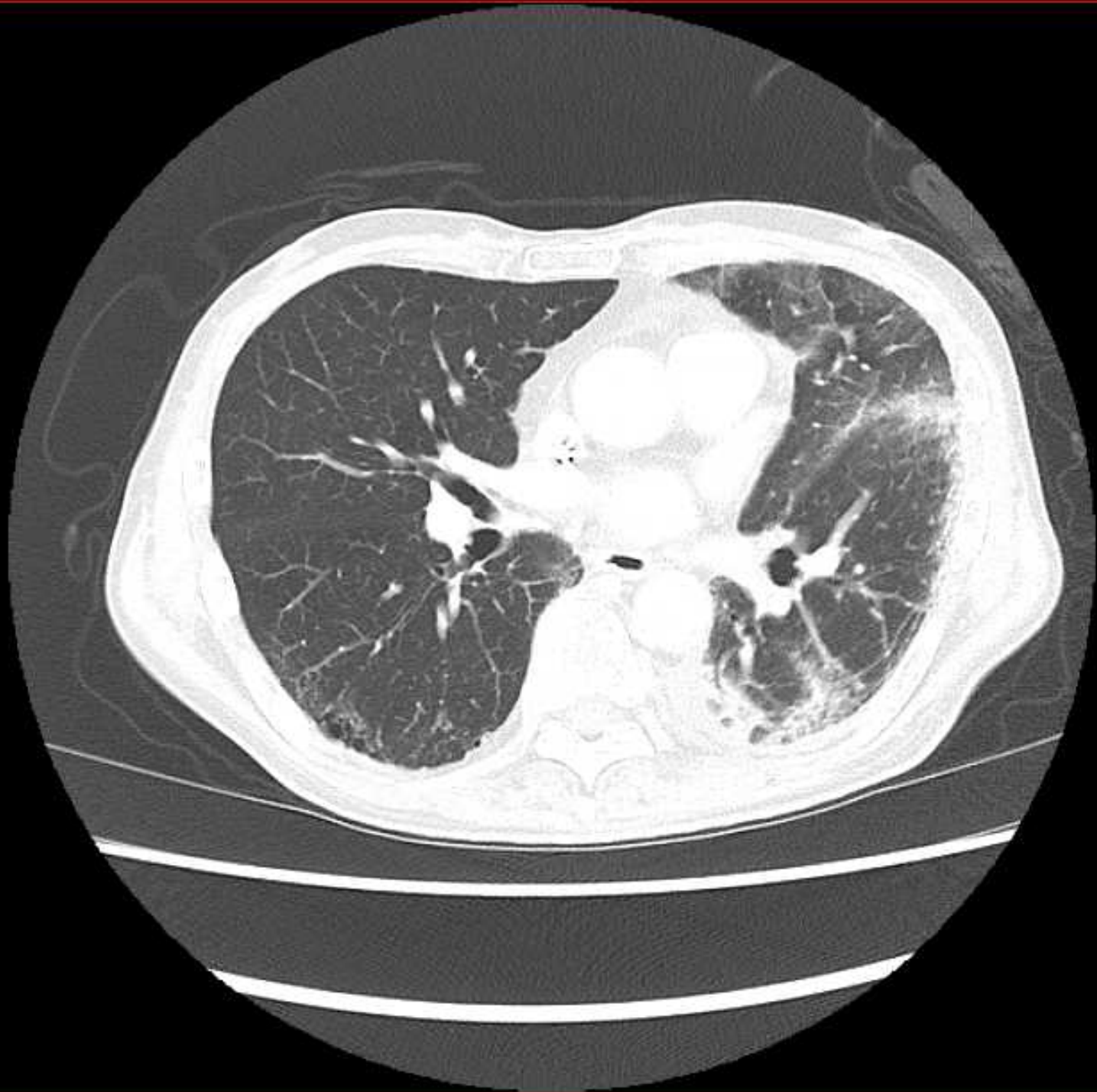




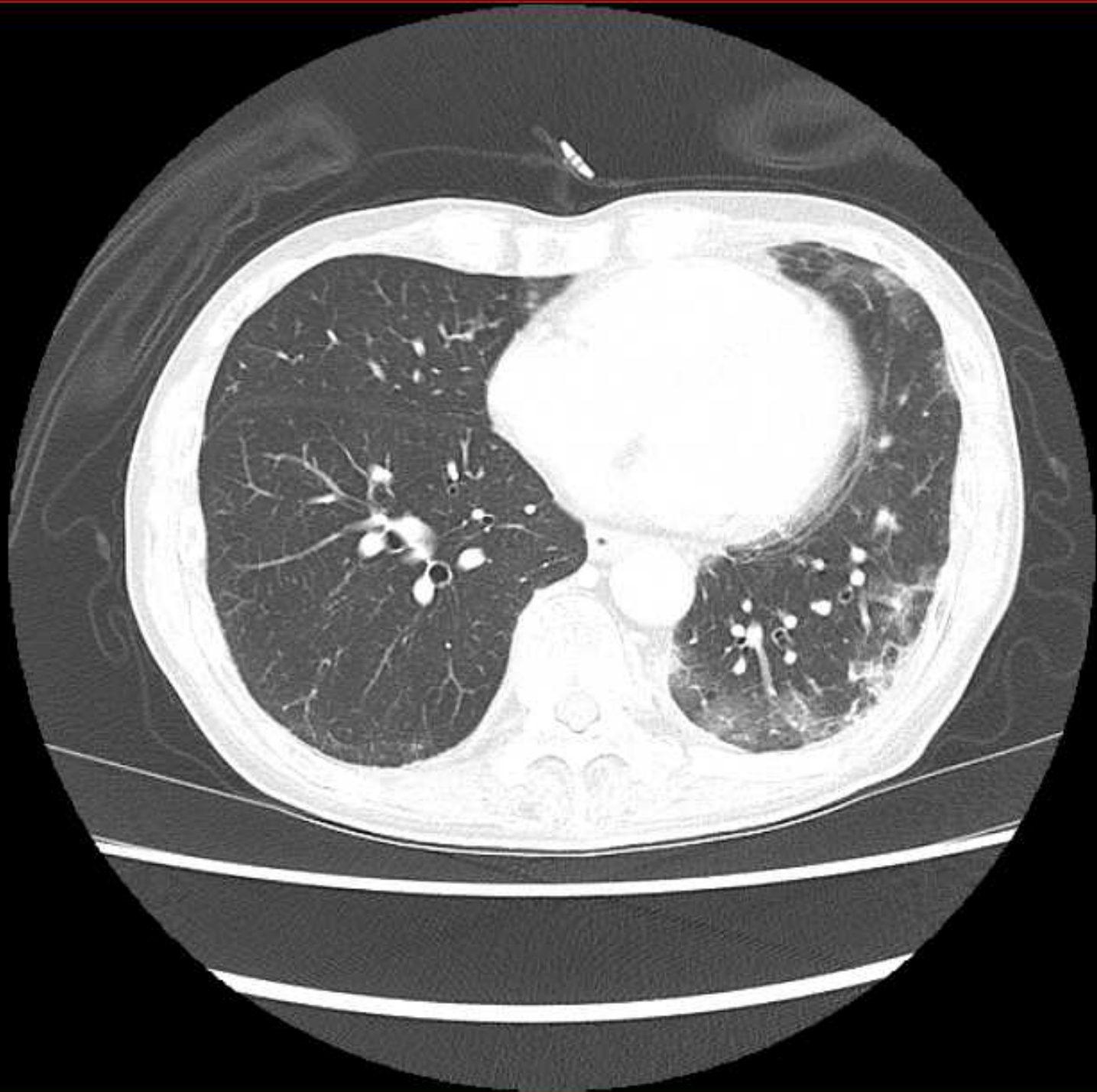




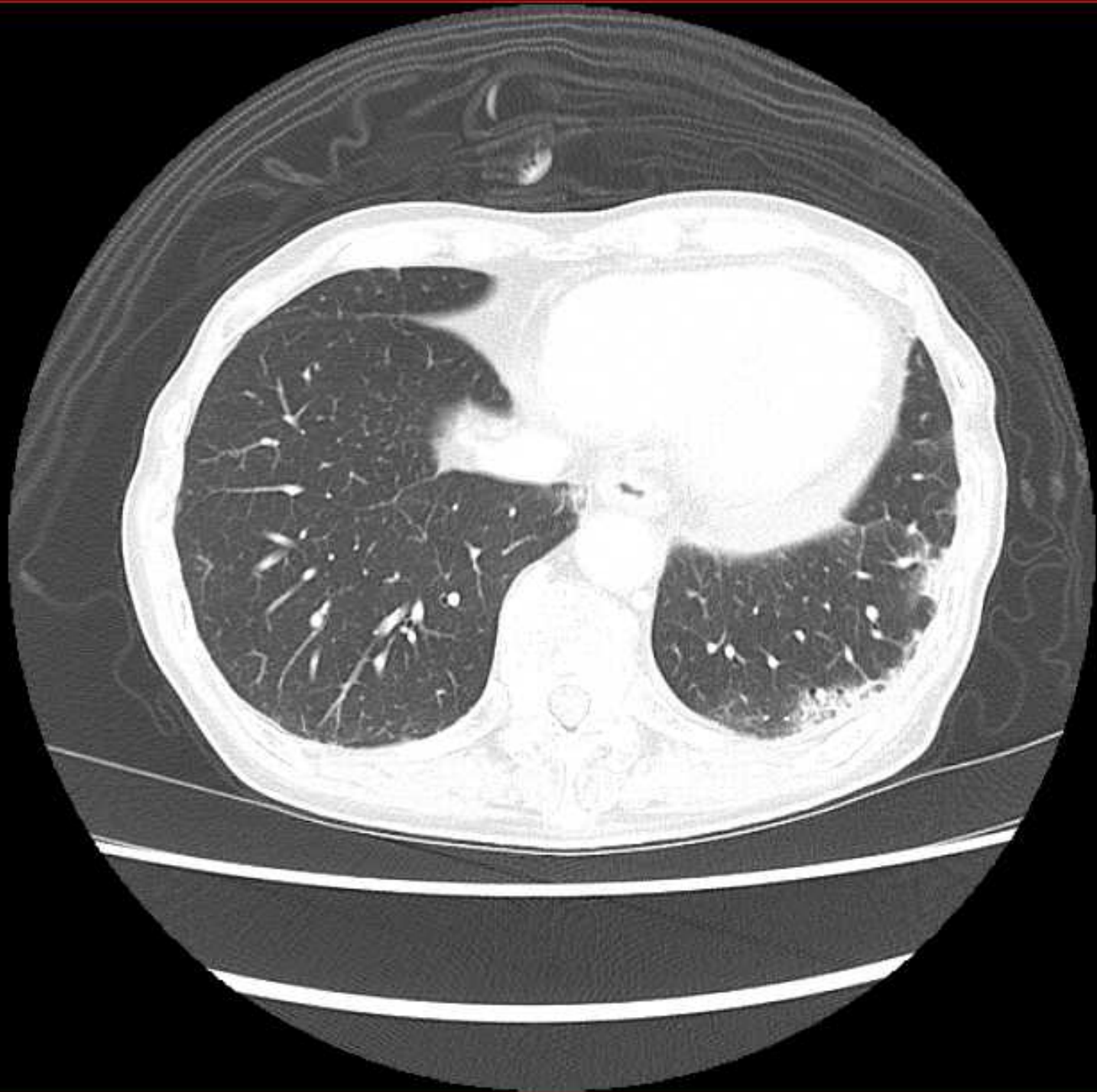














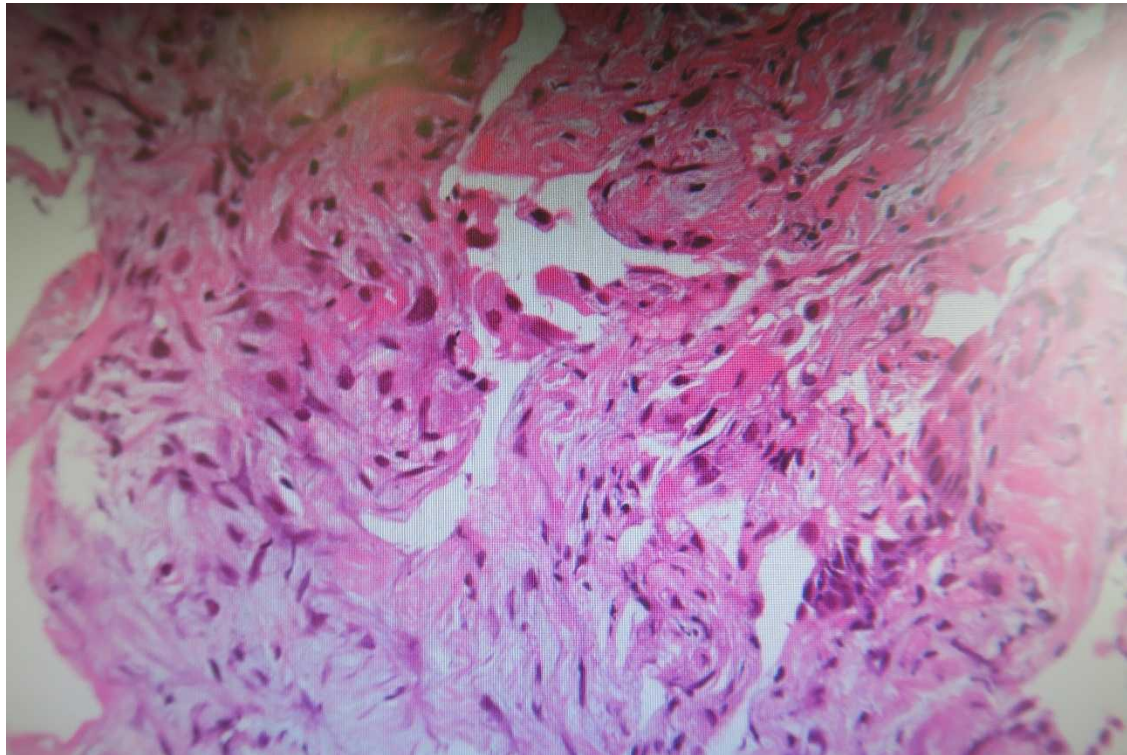
【 kỹ thuật 】

1T-260

BAL t B4a

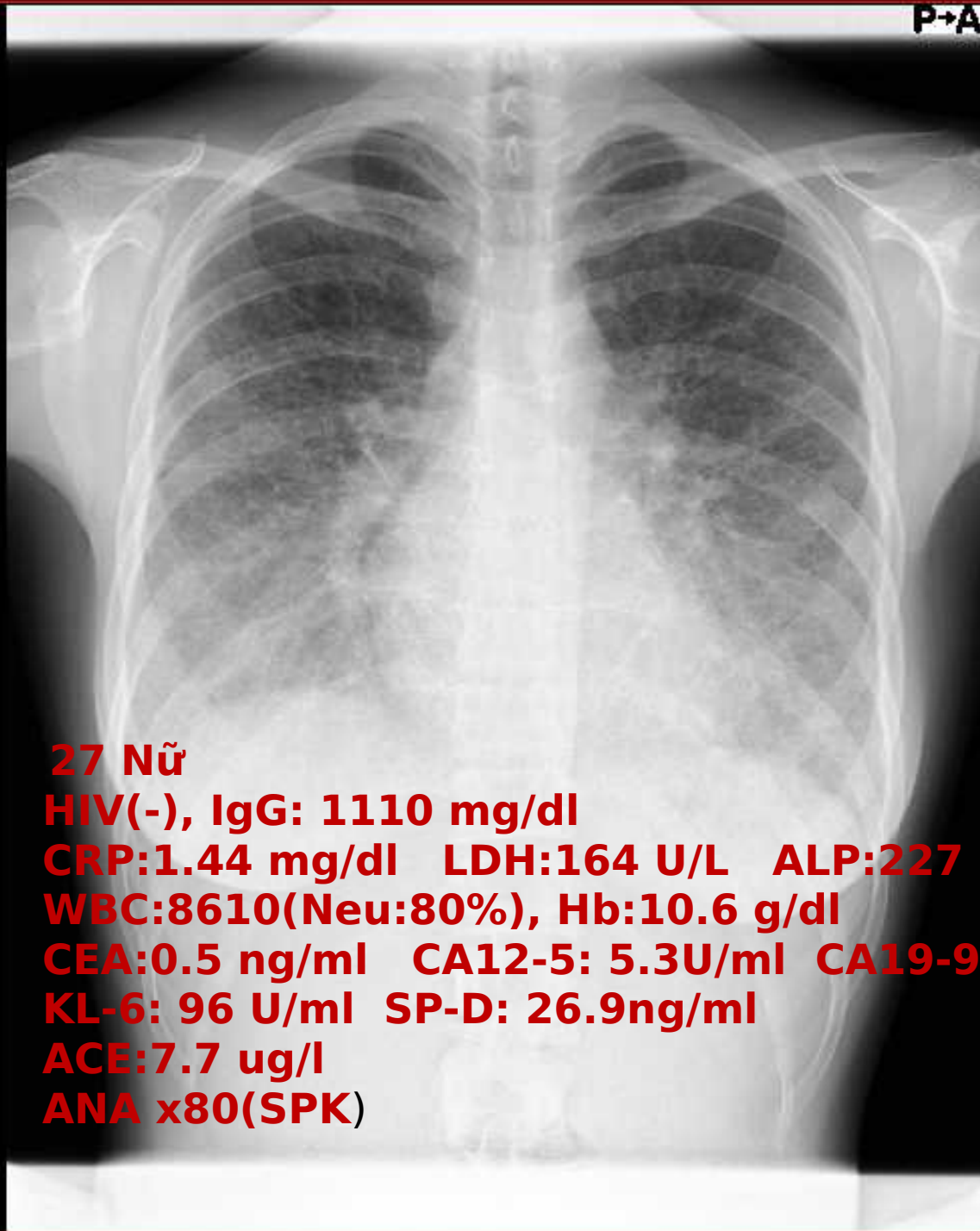
t B8a, B5a, B3a TBLB

【 Giải phẫu bệnh 】



VPK do hóa trị
(OP-pattern)

Trường hợp 05



27 Nŭ

HIV(-), IgG: 1110 mg/dl

CRP:1.44 mg/dl LDH:164 U/L ALP:227 U/L

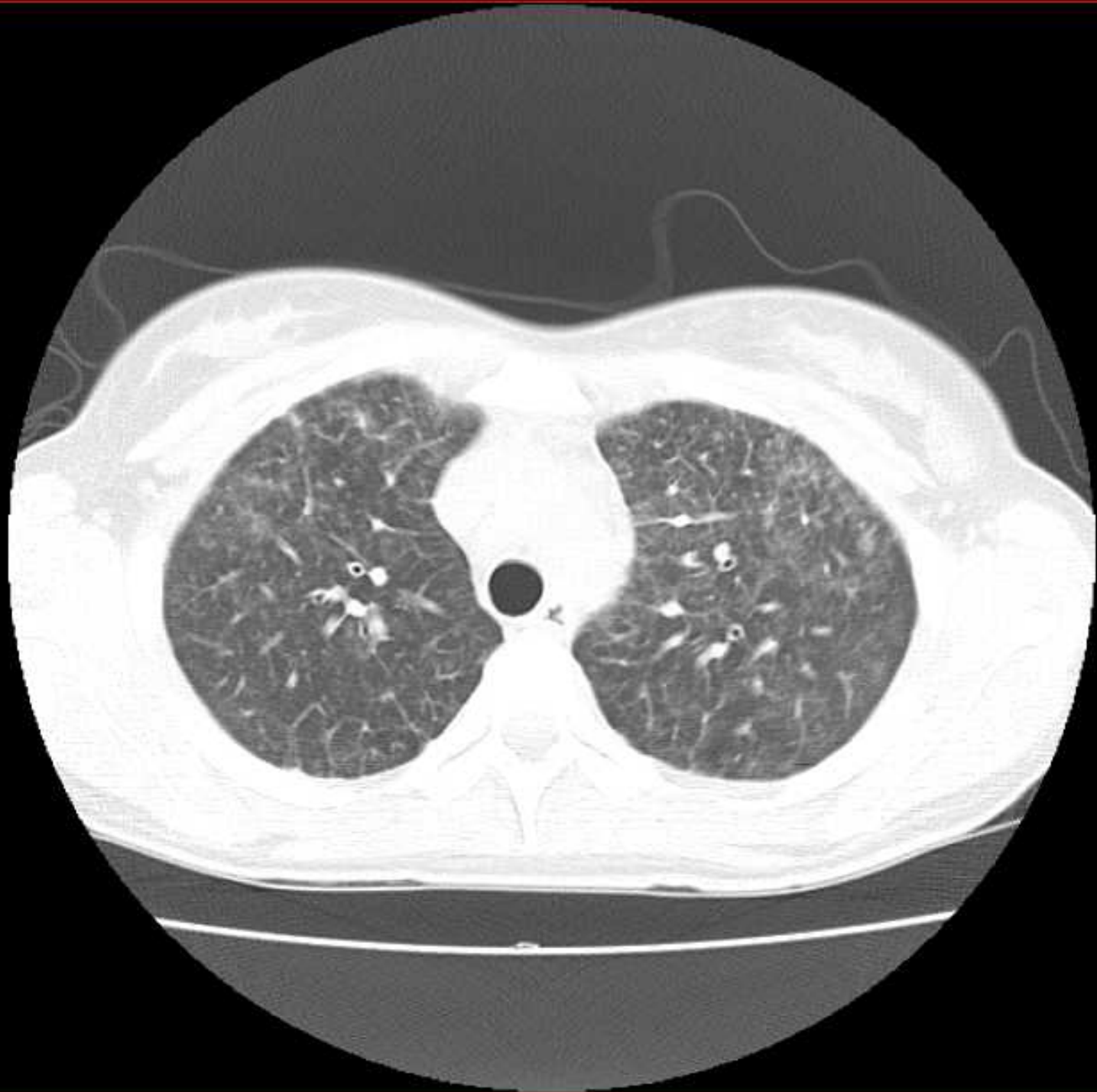
WBC:8610(Neu:80%), Hb:10.6 g/dl

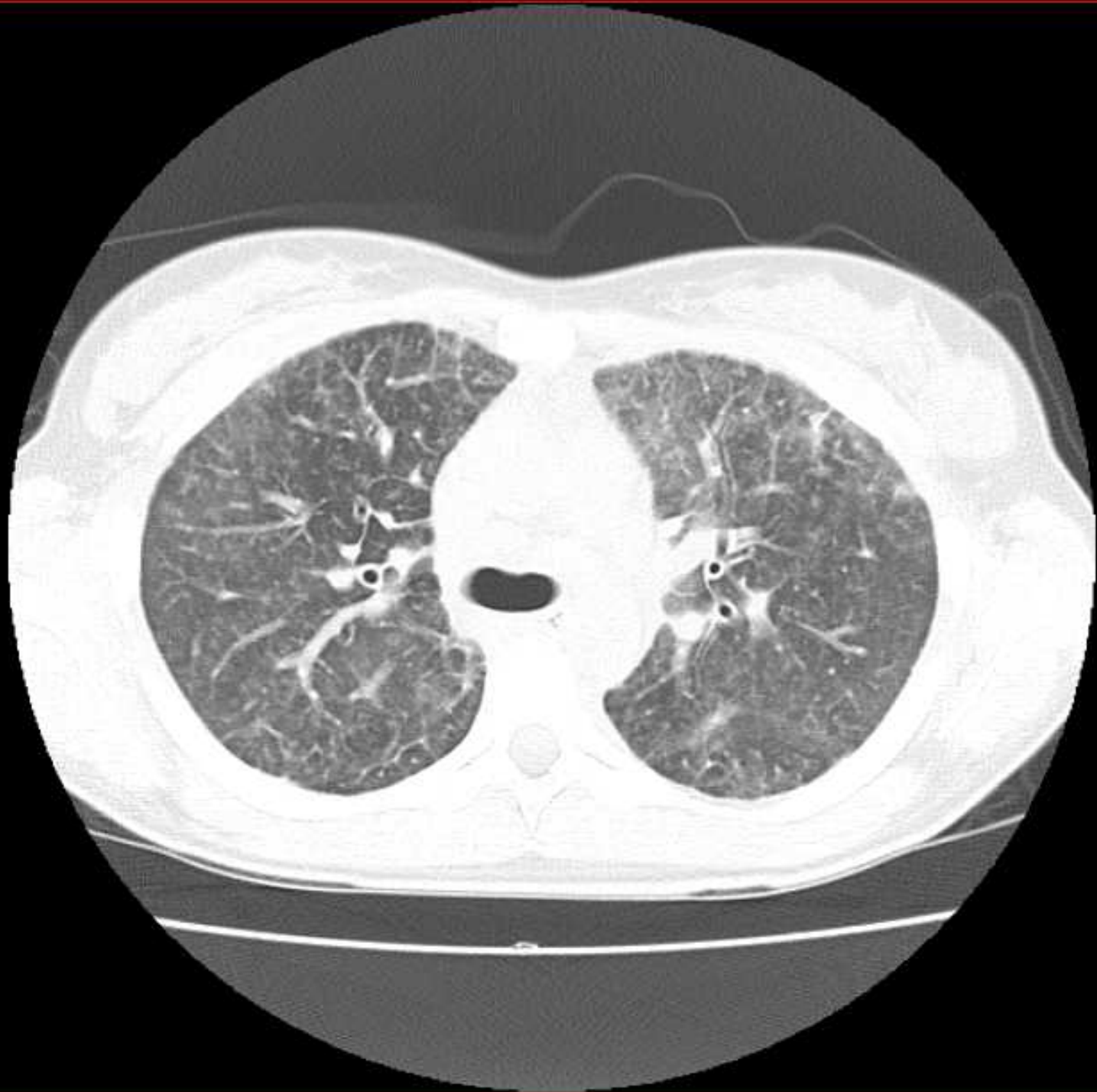
CEA:0.5 ng/ml CA12-5: 5.3U/ml CA19-9:6.5U/ml

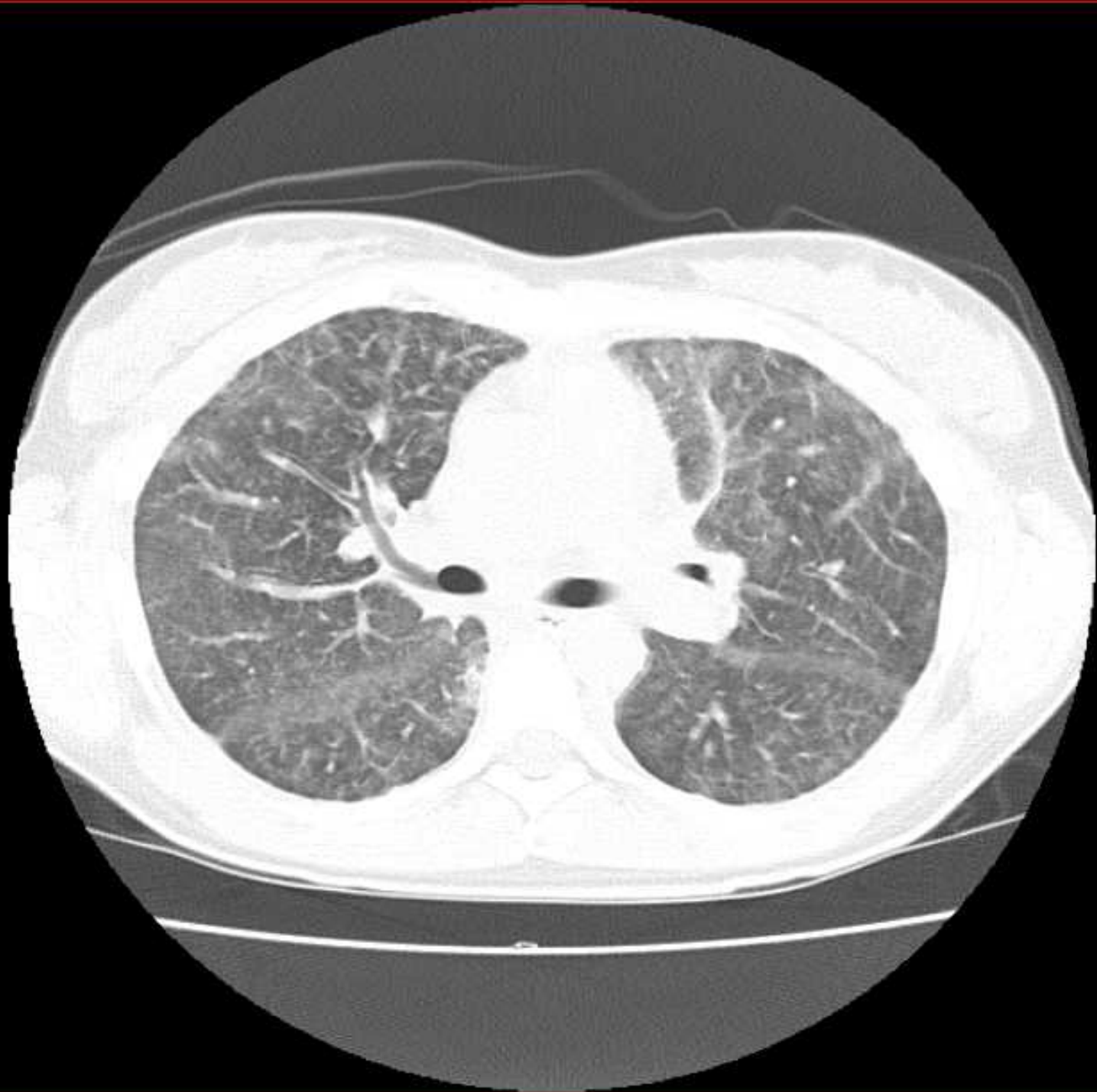
KL-6: 96 U/ml SP-D: 26.9ng/ml

ACE:7.7 ug/l

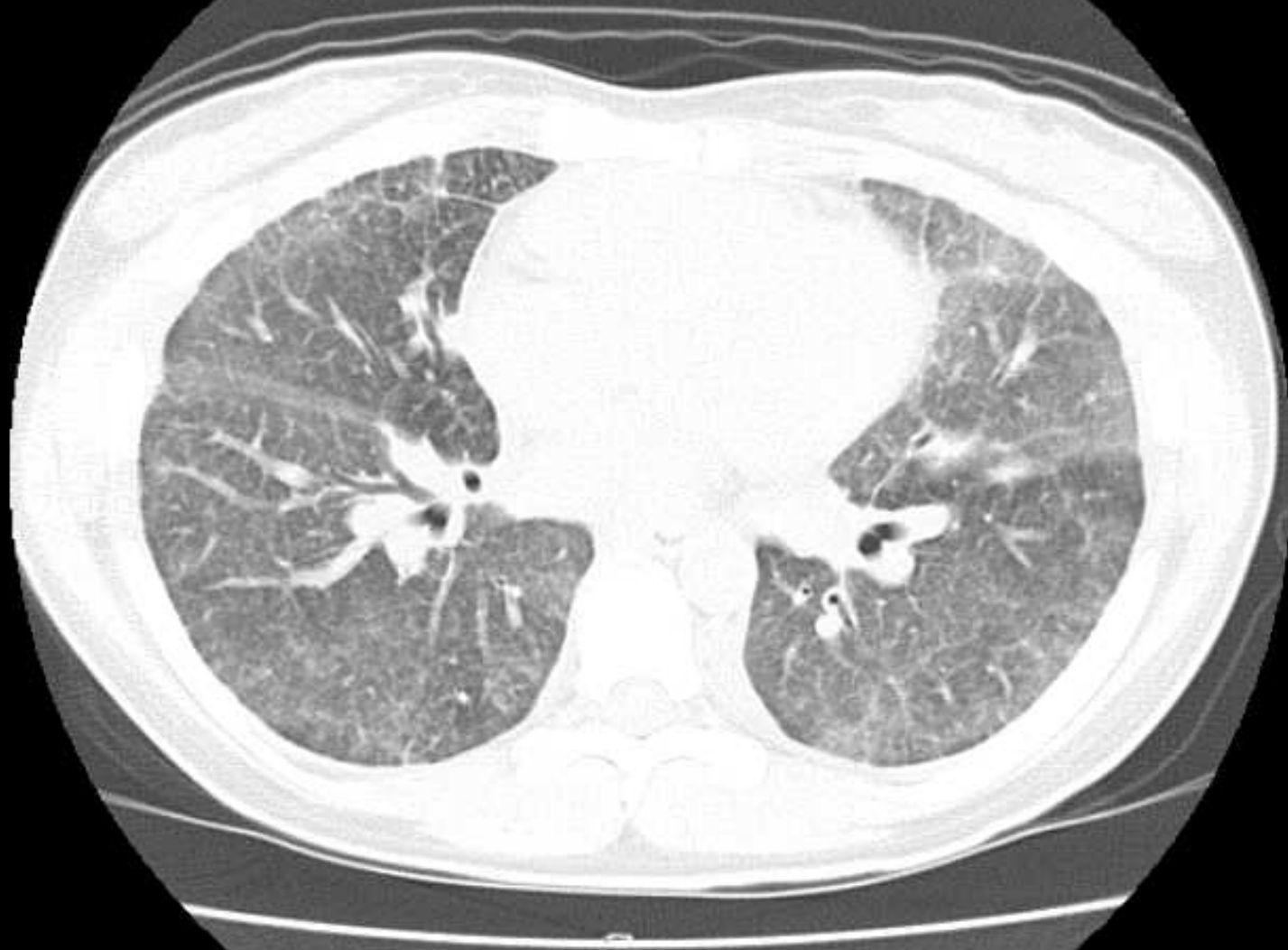
ANA x80(SPK)

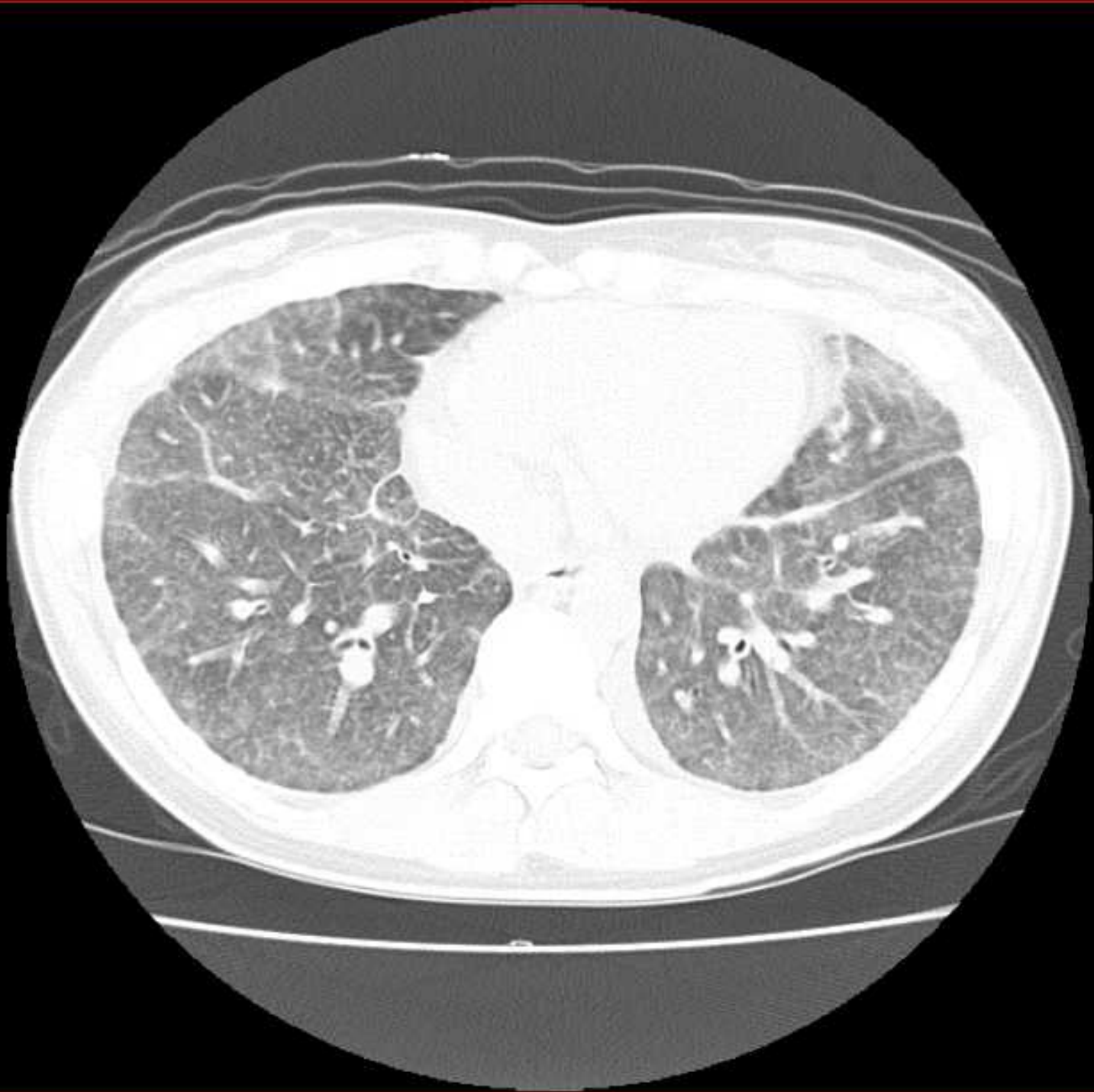




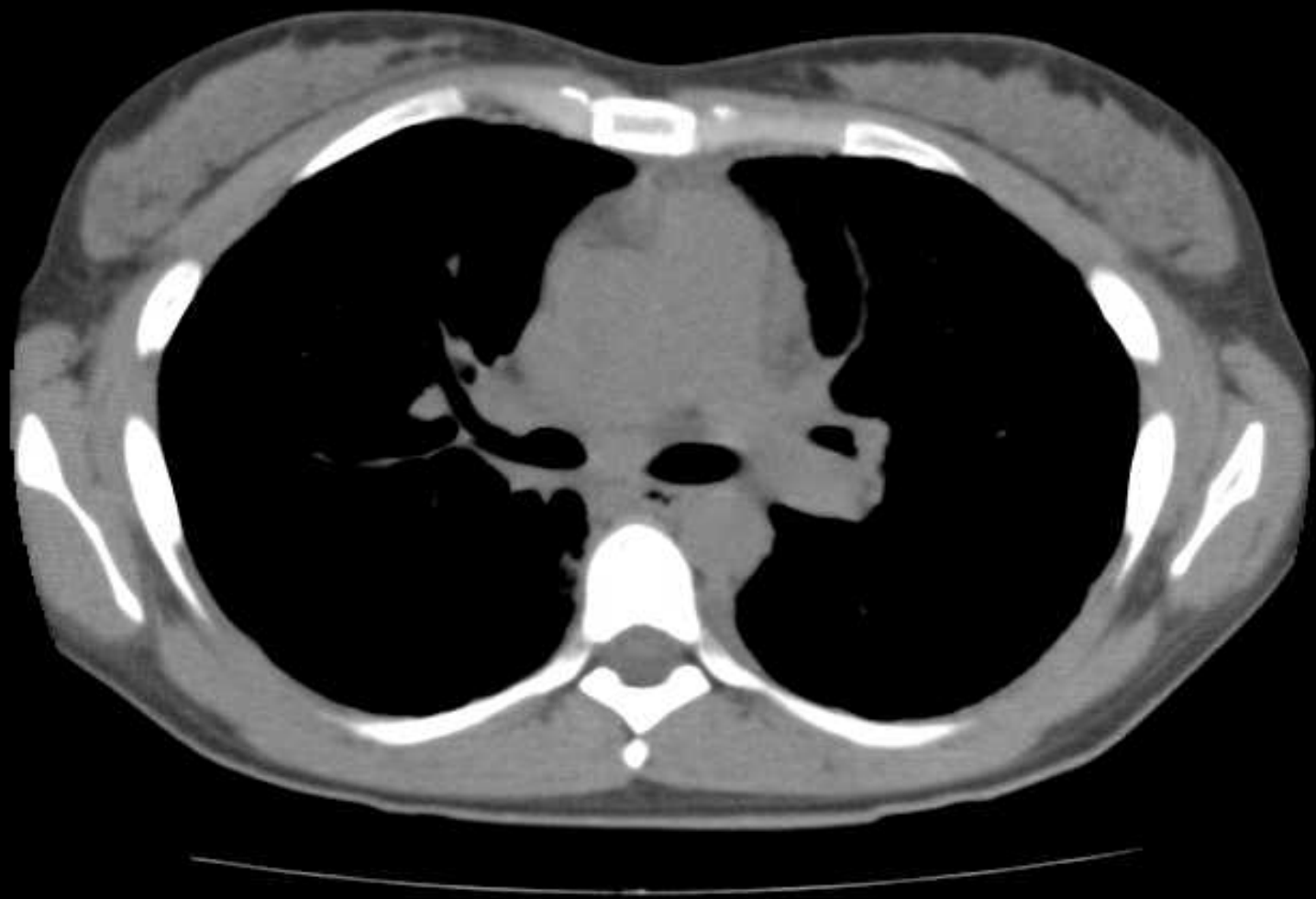


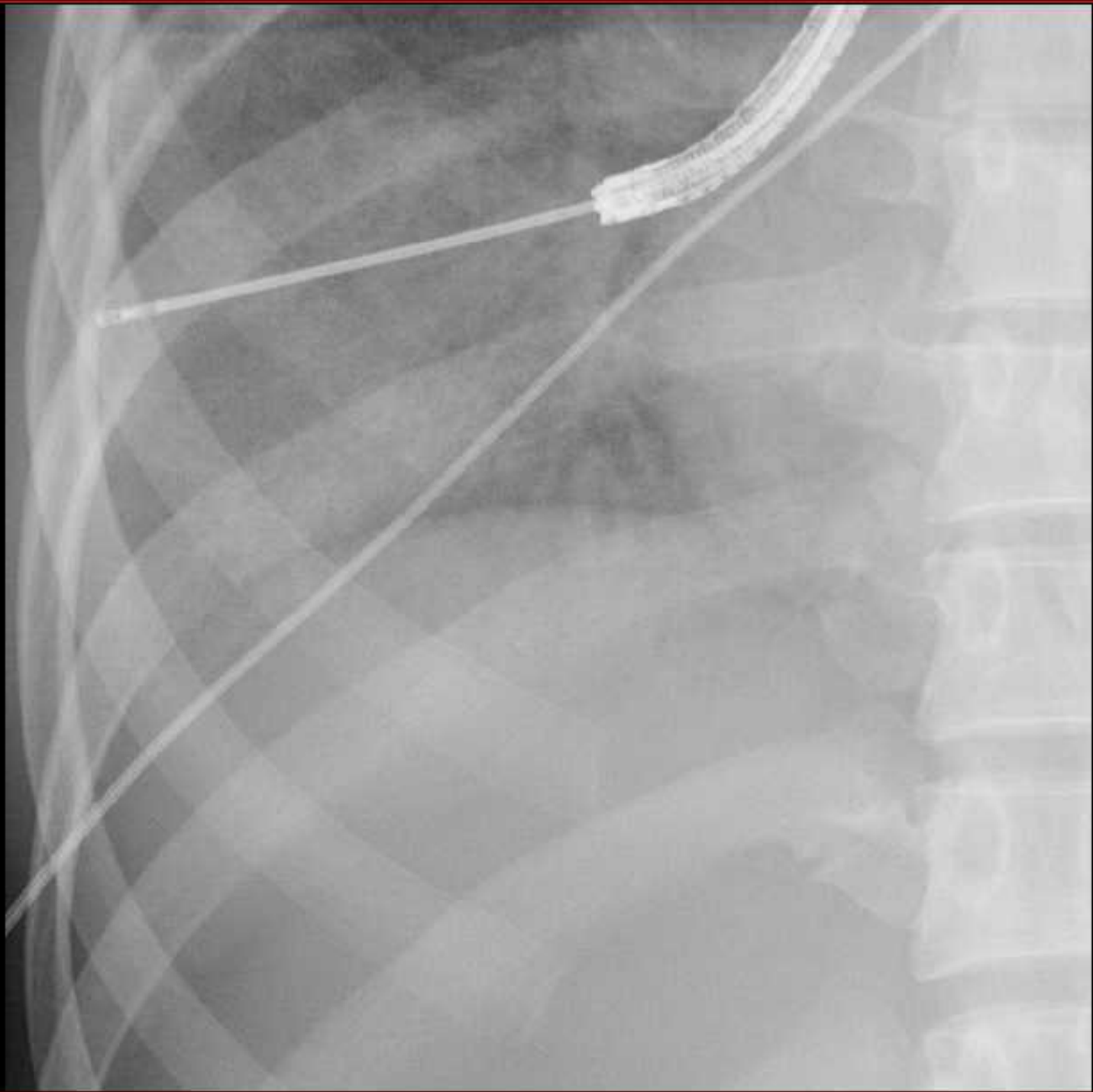












【 kỹ thuật 】

1T-260

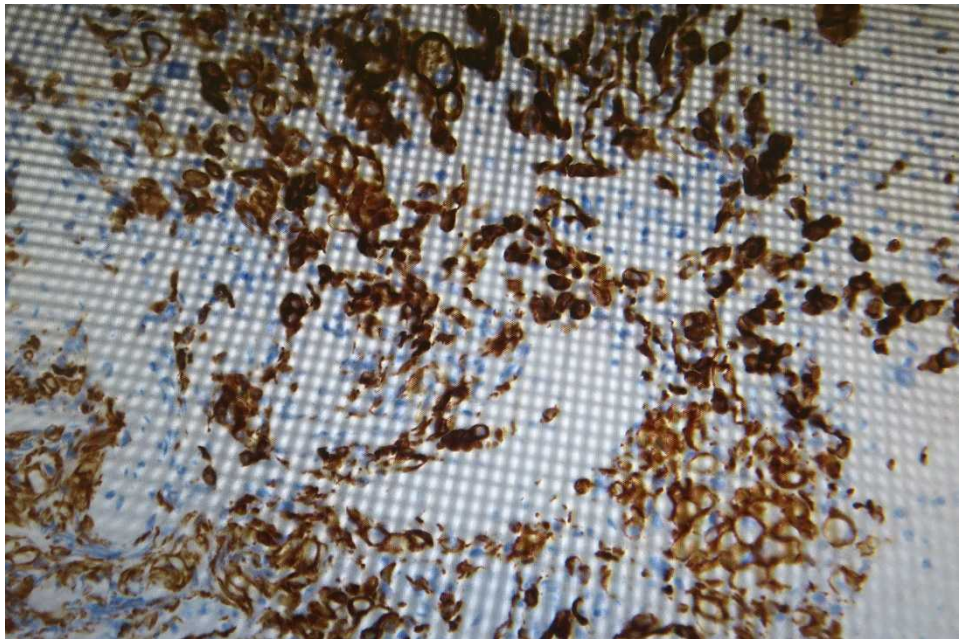
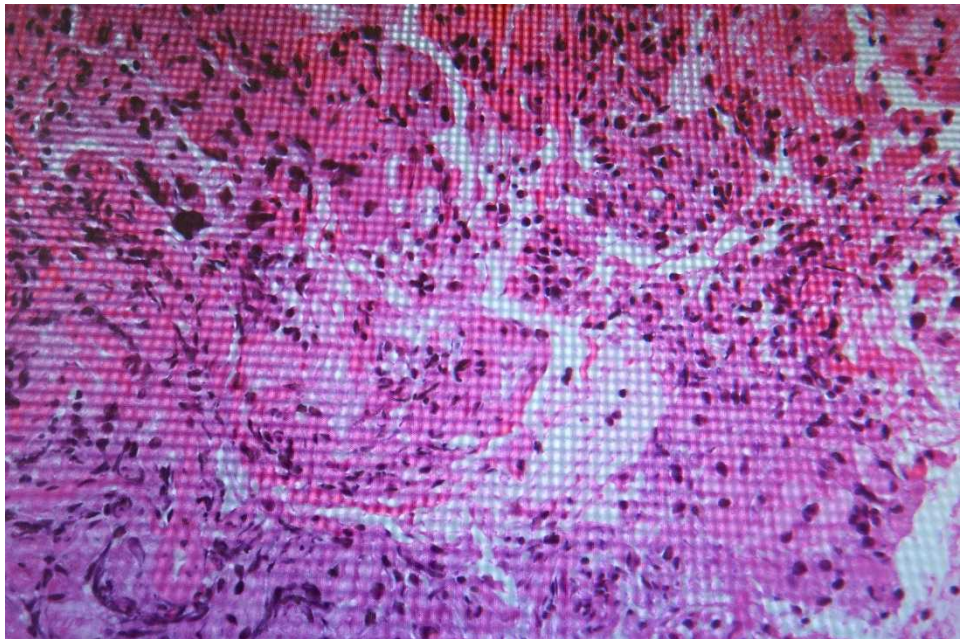
p B5 BAL (102/150;68%)

B8a, 4b, 2b TBLB

B8/9 sper TBB

【 Giải phẫu bệnh 】

CK7(+)
CK20(+)
CD68-PGM1(-)
TTF-1(-)
NapsinA(-)



Di căn của ung thư dạ dày
(+ Carcinomatous lymphoangios)

**g ta bác sĩ hô hấp hay gặp
bệnh phổi kẽ (hình ảnh Xq /**

a dàng nên cần chẩn đoán đúng / nhanh

**đoán bằng kỹ thuật của NSPQ ống mềm là
một phương pháp an toàn / ch**

Xác nhận tiền sử chi tiết

là cơ sở của chẩn đoán VPK

à IIPs thì IPF hay không là điều rất quan trọng (HRC

Khóa học về Nội soi phế quản 2017 ở NCGM, Nhật Bản



+ Nội dung dự án

- Sang Nhật Bản và học các kỹ thuật NSPQ (EBUS-TBNA / EBUS-GS-TBLB v.v..)
- Học lại về những điều cơ sở liên quan đến NSPQ (Giải phẫu, HRCT ngược..)
- Thăm BV NCGM, và tham dự đại hội hội nội soi phế quản Nhật Bản (6/2017)
- Viết và xuất bản một sách về NSPQ mềm bằng tiếng Việt với Hội Hô hấp Việt Nam

+ Điều kiện tuyển dụng * xin xem chi tiết trong tài liệu khác

- Bác sĩ đang làm việc ở các bệnh viện lớn trong Việt Nam
- Kinh nghiệm lâm sàng chuyên khoa hô hấp hơn 3 năm
- Bác sĩ có kỹ thuật cơ sở của nội soi phế quản mềm
- Bác sĩ có thể hợp tác với Hội Hô hấp Việt Nam và sẽ đóng góp phát triển NSPQ ở VN



Nội soi phế quản mềm đã được phát triển từ Nhật Bản, bây giờ là một kỹ thuật không thể thiếu được trong lâm sàng khoa hô hấp trong thế giới.

NCGM là một bệnh viện quốc gia Nhật Bản ở trung tâm Tokyo. Có nhiệm vụ hợp tác với nước ngoài để đóng góp phát triển y tế của toàn thế giới. Có khoa hô hấp lớn nhất trong Tokyo, và cũng nổi tiếng về đào tạo các bác sĩ Nhật Bản.



National Center for Global Health
and Medicine, Japan

BS VN quan tâm dự án này,
hãy gửi Email (bằng tiếng Việt)

Tới: BS. M.Hashimoto lantern@hotmail.com



Bác sĩ **Hashimoto Masao**

Bệnh viện Đa khoa
Trung tâm Quốc gia Y tế và Sức khỏe toàn cầu

ĐC. 1-21-1, Toyama, Shinjuku, Tokyo, Nhật bản
ĐT. +81 (0)3-3202-7181 DT-FAX. +81 (0)3-3207-1038
lantern@hotmail.com