

nhân điều trị từ bước 3 trở đi điều này khác với các thử nghiệm trên thế giới đa phần chỉ nhận các bệnh nhân bước 2. Nghiên cứu lựa chọn những bệnh nhân được điều trị ít nhất 3 chu kỳ tỷ lệ điều trị từ 3-5 chu kỳ là chủ yếu chiếm 62,2%, nhiều nhất là 23 chu kỳ vẫn đang tiếp tục duy trì, cũng cần lưu ý rằng chỉ có một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân ở nước ta tiếp cận được với phương pháp điều trị do chi phí điều trị thuốc tương đối cao.

4.3. Đáp ứng điều trị. Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 24,4%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 64,4% và tỷ lệ bệnh tiến triển là 35,6%. Các triệu chứng ho, khó thở và tức ngực được cải thiện với tỷ lệ lần lượt là 62,1% 56,3% và 55,6%. Những tỷ lệ này tương đồng với các thử nghiệm lâm sàng trên thế giới như POPLAR, OAK [3], và các nghiên cứu tương tự tại Việt Nam của Lê Thị Lệ Quyên [4].

4.4. Thời gian sống thêm không tiến triển và thời gian sống thêm toàn bộ. Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển là 3,1 [2,1-4,7] tháng. thấp nhất là 2 tháng và cao nhất là 25 tháng. Trung vị thời gian sống thêm toàn bộ là 9,5 [8,2-14,5] tháng. Thấp nhất là 3 tháng cao nhất là 32 tháng. Kết quả này cũng tương đồng với các thử nghiệm lâm sàng POPLAR, OAK.[3] Các kết quả này đều khẳng định được vai trò của Atezolizumab trong điều trị bước sau

UTPKTBN.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 45 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn di căn xa được điều trị bước sau bằng Atezolizumab đơn trị bước sau tại Bệnh viện K và Trung tâm Y học hạt nhân & ung bướu Bệnh viện Bạch mai, chúng tôi rút ra được một số kết luận sau:

Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 24,4%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 64,4% và tỷ lệ bệnh tiến triển là 35,6%. Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển là 3,1 [CI 95%; 2,1-4,7] tháng, trung vị thời gian sống thêm toàn bộ: 9,5 [CI 95%; 8,2-14,5] tháng. Không ghi nhận trường hợp này xảy ra tác dụng không mong muốn trầm trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Statistics Gc. GLOBOCAN** estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. A cancer journal for clinicians. 2020.
2. **Genentech:** TECENTRIQ (atezolizumab) prescribing information, April 2017. https://www.gene.com/download/pdf/tecentriq_prescribing.pdf
3. **Mazieres.Et al.** "Atezolizumab Versus Docetaxel in Pretreated Patients With NSCLC: Final Results From the Randomized Phase 2 POPLAR and Phase 3 OAK Clinical Trials". Journal of Thoracic Oncology 16, số p.h 1 2021
4. **Lê Thị Lệ Quyên.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn bằng Atezolizumab. Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2021.

SO SÁNH ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN LAO PHỔI MỚI AFB DƯƠNG TÍNH VÀ ÂM TÍNH TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Tạ Bá Thắng*, Nguyễn Công Hoàng Anh*, Trần Thị Nhung*, Đào Ngọc Bằng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân lao phổi mới AFB dương tính và âm tính tại Bệnh viện Quân y 103. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 42 bệnh nhân lao phổi mới AFB dương tính và âm tính, điều trị từ tháng 12/2021 đến 06/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân lao phổi AFB dương tính là 51,32 ± 20,13 tuổi, thấp hơn nhóm AFB âm tính là 63,12 ± 15,51 tuổi (p<0,05). Các triệu chứng

khạc đờm, mệt mỏi gặp nhiều hơn ở nhóm AFB dương tính với tỉ lệ lần lượt là 59,5%, 21,4% so với 41,2%, 0% ở nhóm AFB âm tính (p<0,05). Tổn thương trên Xquang chủ yếu ở thùy trên, hay gặp nhất là hình ảnh thâm nhiễm, tổn thương 2 bên ở cả 2 nhóm. Hình ảnh hang gặp nhiều hơn ở nhóm AFB dương tính có ý nghĩa thống kê so với ở nhóm AFB âm tính. 4,76% bệnh nhân có kháng thuốc chống lao hàng thứ nhất. **Kết luận:** Bệnh nhân lao phổi AFB dương tính mắc bệnh ở độ tuổi trẻ hơn, nhiều triệu chứng cơ năng và tổn thương thâm nhiễm, hang trên hình ảnh Xquang so với nhóm bệnh nhân lao phổi AFB âm tính.

Từ khóa: Lao phổi mới, AFB, kháng thuốc.

SUMMARY

COMPARISON OF CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS IN AFB-POSITIVE AND NEGATIVE NEWLY

*Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đào Ngọc Bằng

Email: bsdaongocbang@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2022

Ngày duyệt bài: 26.8.2022

PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS AT MILITARY HOSPITAL 103

Objective: To compare clinical and paraclinical characteristics in AFB-positive and negative newly tuberculosis patients with at Military Hospital 103. **Subjects and methods:** A prospective, cross-sectional study on 42 AFB-positive and negative newly pulmonary tuberculosis (TB) patients, treated at Military Hospital 103 from December 2021 to Jun 2022. **Results:** The average age of AFB-positive pulmonary TB patients was 51.32 ± 20.13 years old, lower than that in the AFB-negative group, with the average one of 63.12 ± 15.51 ($p < 0.05$). Lesions on chest X-ray image were mainly in the upper lobe, with the most common being infiltrative, bilateral ones in both groups. Cavitory lesion was seen more statistically in the AFB-positive group than in the AFB-negative one. 4.76% of patients had resistance to first-line anti-TB drugs. **Conclusions:** Pulmonary TB patients with AFB-positive were younger and had more subjective symptoms and infiltrative, cavitory lesions on chest X-ray image in comparison with TB ones with AFB-negative.

Key words: Newly pulmonary tuberculosis, AFB, drug-resistance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao là bệnh truyền nhiễm do Mycobacterium Tuberculosis gây ra, ước tính có 1/4 dân số trên toàn thế giới đã nhiễm lao và đây là bệnh có tỉ lệ tử vong cao nhất tính tới trước thời điểm đại dịch Covid-19. Vi khuẩn lao có thể tác động tới mọi cơ quan nhưng trong đó thường gặp nhất là cơ quan hô hấp. Lao phổi cần phải được chẩn đoán sớm, chủ yếu dựa vào hình ảnh và xét nghiệm vi sinh vì các triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với các tác nhân gây viêm phổi khác. Tổ chức Y tế thế giới (WHO) hướng dẫn sàng lọc lao phổi bằng xét nghiệm nhuộm soi trực tiếp các chất dịch hô hấp để phát hiện AFB vì xét nghiệm nhanh, đơn giản, chi phí thấp, dễ triển khai tại các nước có nguồn lực kinh tế thấp. Tuy nhiên đây không phải xét nghiệm có độ nhạy cao, chỉ có 57% số bệnh nhân lao phổi mới chẩn đoán có AFB dương tính [1]. Căn cứ vào kết quả xét nghiệm AFB dịch hô hấp, lao phổi được phân làm hai thể: lao phổi AFB dương tính và âm tính Bên cạnh đó, sàng lọc bằng chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán sớm lao phổi, với chụp X-quang ngực quy ước có độ nhạy 90% trong chẩn đoán lao

phổi AFB dương tính. Tuy nhiên, việc ứng dụng xét nghiệm AFB và hình ảnh Xquang trong chẩn đoán lao phổi AFB âm tính còn gặp nhiều khó khăn trên lâm sàng. Vì vậy, các nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của lao phổi AFB âm tính có giá trị trong chẩn đoán, điều trị và tiên lượng bệnh nhân lao phổi. Do vậy, nghiên cứu được tiến hành nhằm mục tiêu: *So sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân lao phổi mới AFB dương tính và âm tính tại Bệnh viện Quân y 103.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 42 bệnh nhân lao phổi mới điều trị tại Khoa lao, Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Quân Y 103 từ tháng 12/2021 đến tháng 5/2022. Các bệnh nhân chia thành 2 nhóm:

- Nhóm lao phổi AFB dương tính: gồm 25 bệnh nhân được chẩn đoán lao phổi mới AFB dương tính theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế năm 2020 [2], tuổi ≥ 18 , đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Nhóm lao phổi AFB âm tính: gồm 17 bệnh nhân được chẩn đoán lao phổi mới AFB âm tính theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế năm 2020 [2], tuổi ≥ 18 , đồng ý tham gia nghiên cứu.

Loại trừ các bệnh nhân có chống chỉ định với nội soi phế quản ống mềm và không hợp tác tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện. Bệnh nhân nghiên cứu được khám lâm sàng theo mẫu bệnh án thống nhất. Chụp Xquang phổi qui ước, xét nghiệm AFB, nuôi cấy đờm. Bệnh nhân AFB đờm âm tính, tiến hành nội soi phế quản lấy dịch rửa phế quản làm xét nghiệm soi AFB trực tiếp và nuôi cấy vi khuẩn lao trong môi trường lỏng MGIT, xét nghiệm kháng sinh đồ với thuốc chống lao khi vi khuẩn mọc. Xét nghiệm soi AFB trực tiếp được thực hiện tại khoa Vi sinh, Bệnh viện Quân y 103. Xét nghiệm nuôi cấy MGIT và làm kháng sinh đồ được thực hiện tại khoa Vi sinh, Bệnh viện Phổi Hà Nội.

Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Sử dụng các thuật toán tính tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình, kiểm định χ^2 , so sánh 2 tỷ lệ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu

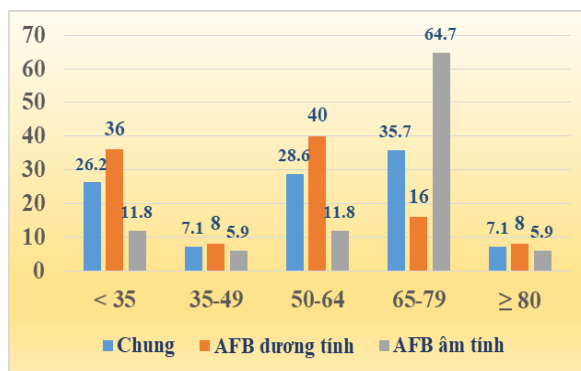
Bảng 3.1: Đặc điểm tuổi, giới và yếu tố nguy cơ

Thông số	Lao phổi	Chung (n = 42)	AFB dương tính (n ₁ = 25)	AFB âm tính (n ₂ = 17)	p
Nam: n (%)		31 (73,8)	19 (76)	12 (70,6)	0,73

Nữ: n (%)	11 (26,2)	6 (24)	5 (29,4)	
Tuổi ($\bar{x} \pm SD$) (tuổi)	56,1 ± 19,12	51,32 ± 20,13	63,12 ± 15,51	0,035
Đái tháo đường: n (%)	8 (19)	5 (20)	3 (17,6)	1
Lạm dụng rượu: n (%)	3 (7,1)	2 (8)	1 (5,9)	1
Bệnh tim mạch: n (%)	13 (31)	7 (28)	6 (35,3)	0,62
Hút thuốc: n (%)	2 (5,7)	2 (8,3)	0 (0)	0,51
Ít nhất 1 yếu tố nguy cơ /bệnh đồng mắc: n (%)	26 (61,9)	16 (64)	10 (58,8)	0,74

Tỉ lệ nam/nữ trong nghiên cứu là 2,82 (31/11), không có sự khác biệt giữa hai nhóm lao phổi AFB dương tính và âm tính. Tuổi trung bình nhóm lao phổi AFB âm tính cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p = 0,035$). Có 16 (64%) bệnh nhân AFB dương tính và 10 (58,8%) bệnh nhân AFB âm tính là có ít nhất 1 bệnh đồng mắc hay yếu tố nguy cơ. Các bệnh đồng mắc hay gặp nhất là bệnh tim mạch và đái tháo đường. Giữa các nhóm không có sự khác biệt về yếu tố nguy cơ hay bệnh đồng mắc.

Lao phổi gặp ở mọi lứa tuổi, gặp nhiều nhất ở tuổi 50 đến 64 đối với lao phổi AFB dương tính và 65 đến 79 đối với lao phổi AFB âm tính. Tuổi trung bình giữa 2 nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,005$).



Biểu đồ 3.1: Phân bố độ tuổi bệnh nhân nghiên cứu

3.2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.2: Đặc điểm triệu chứng lâm sàng

Thông số	Lao phổi	Chung (n = 42)	AFB dương tính (n ₁ = 25)	AFB âm tính (n ₂ = 17)	p
Sốt		15 (35,7)	10 (40)	5 (29,4)	0,48
Mồ hôi đêm: n (%)		4 (9,5)	4 (16)	0 (0%)	0,13
Gầy sút cân: n (%)		10 (23,8)	7 (28)	3 (17,6)	0,49
Mệt mỏi: n (%)		9 (21,4)	9 (36)	0 (0%)	0,005
Ho khan: n (%)		31 (73,8)	21 (84)	10 (58,8)	0,09
Khạc đờm: n (%)		25 (59,5)	18 (72)	7 (41,2)	0,047
Ho ra máu: n (%)		9 (21,4)	5 (20)	4 (23,5)	1
Khó thở: n (%)		10 (23,8)	8 (32)	2 (11,8)	0,16
Đau ngực: n (%)		2 (4,8)	1 (4)	1 (5,9)	1
Mạch nhanh: n (%)		5 (11,9)	5 (20)	0 (0)	0,07
Ran ở phổi: n (%)		12 (28,6)	8 (32)	4 (23,5)	0,73

Trong các triệu chứng toàn thân và cơ năng, triệu chứng ho khan, khạc đờm, sốt thường gặp nhất. Ít gặp nhất là ra mồ hôi đêm, đau ngực. Triệu chứng mệt mỏi, khạc đờm gặp nhiều hơn ở nhóm lao phổi AFB dương tính hơn so với nhóm lao phổi AFB dương tính có ý nghĩa thống kê. Triệu chứng thực thể của phổi gặp tỉ lệ thấp ở cả hai nhóm.

3.3. Đặc điểm triệu chứng cận lâm sàng

Bảng 3.3: Đặc điểm sinh hóa và huyết học máu

Thông số	Lao phổi	Chung (n = 42)	AFB dương tính (n ₁ = 25)	AFB âm tính (n ₂ = 17)	p
Bạch cầu ($\bar{x} \pm SD$) (G/l)		9,86 ± 4,67	10,13 ± 5,18	9,46 ± 3,92	0,69
Bạch cầu tăng: n (%)		14 (33,3)	8 (32)	6 (35,3)	0,82
Neutrophil tăng: n (%)		22 (52,4)	14 (56)	8 (47,1)	0,57
Lympho tăng: n (%)		3 (7,1)	2 (8)	1 (5,9)	1
Mono tăng: n (%)		41 (97,6)	24 (96)	17 (100)	1
Hồng cầu ($\bar{x} \pm SD$) (T/l)		4,21 ± 0,3	4,23 ± 0,77	4,18 ± 0,38	0,65
Huyết sắc tố ($\bar{x} \pm SD$) (g/l)		125,1 ± 19,24	123,2 ± 22,56	127,88 ± 13,08	0,40

Huyết sắc tố giảm: n(%)	16 (38,1)	12 (48)	4 (23,5)	0,11
CRP ($\bar{X} \pm SD$) (mg/l)	65,61 \pm 72,97	63,19 \pm 64,3	72,46 \pm 87,36	0,54
CRP tăng: n (%)	26 (61,9)	18 (72)	8 (47,1)	0,10

Bệnh nhân nghiên cứu có số lượng bạch cầu trung bình ở trong giới hạn bình thường. Tỷ lệ bệnh nhân có tăng bạch cầu Mono cao (97,6%). Số lượng hồng cầu trung bình ở giới hạn bình thường. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân giảm huyết sắc tố gặp khá cao, trong cả 2 nhóm lao phổi AFB dương tính và âm tính. Giá trị trung bình của CRP tăng cao (65,61 \pm 72,97), với CRP tăng gặp tỷ lệ cao ở các nhóm bệnh nhân. Sự thay đổi các thông số sinh hóa và huyết học máu không có sự khác biệt giữa 2 nhóm lao phổi AFB dương tính và âm tính.

Bảng 3.4: Đặc điểm hình ảnh Xquang ngực quy ước

Đặc điểm tổn thương \ Lao phổi	Chung (n = 42)	AFB dương tính (n ₁ = 25)	AFB âm tính (n ₂ = 17)	P
Bên phải: n (%)	8 (19)	4 (16)	4 (23,5)	0,69
Bên trái: n (%)	8 (19)	3 (12)	5 (29,4)	0,23
Hai bên: n (%)	25 (59,5)	18 (72)	7 (41,2)	0,047
Ưu thế vùng cao: n (%)	36 (85,7)	23 (92)	13 (76,5)	0,20
Thâm nhiễm: n (%)	41 (97,6)	24 (96)	17 (100)	1
Nốt: n (%)	27 (64,3)	20 (80)	7 (41,2)	0,01
Xơ, vôi: n (%)	18 (42,9)	16 (64)	2 (11,8)	0,001
Hang: n (%)	23 (54,8)	18 (72)	5 (29,4)	0,008

Tổn thương trên Xquang chủ yếu ở vùng cao, hay gặp nhất là hình ảnh thâm nhiễm ở cả 2 nhóm. Tổn thương vị trí 2 bên, hình ảnh nốt, xơ, vôi và hang gặp nhiều hơn ở nhóm AFB dương tính ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt về vị trí tổn thương 1 bên và hình ảnh thâm nhiễm giữa 2 nhóm.

Bảng 3.5: Đặc điểm kháng thuốc của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm tổn thương \ Lao phổi	Chung (N = 42)	AFB dương tính (n ₁ = 25)	AFB âm tính (n ₂ = 17)	P
Kháng thuốc: n (%)	2 (4,76%)	1 (4,0)	1 (5,9)	> 0,05

Tỷ lệ kháng thuốc chung ở bệnh nhân nghiên cứu là 4,76%, mỗi nhóm có 01 bệnh nhân kháng thuốc, nhưng chưa có sự khác biệt về tỷ lệ kháng thuốc giữa 2 nhóm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu. Về đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ nam/nữ mắc bệnh lao trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,82, phù hợp đặc điểm dịch tễ lao phổi tại Việt nam. Kết quả này tương tự với tỷ lệ nam/nữ mắc bệnh lao tại Việt Nam [1]. Khi so sánh với các nghiên cứu trên thế giới, tỷ lệ lao phổi AFB dương tính trong nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Ahmad N. và cộng sự (2021) [3]. Đặc điểm về độ tuổi bệnh nhân nghiên cứu tương đồng với các nghiên cứu trước đây, chủ yếu gặp ở những bệnh nhân trung niên từ 50 tuổi trở lên. Tuy nhiên, tuổi trung bình nhóm lao phổi AFB âm tính cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Đặc điểm này khác với nghiên cứu của Wang Y. và cộng sự (2021) [4]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm về chủng tộc, địa lý... Về bệnh đồng mắc và các yếu tố nguy cơ, đa số người bệnh có ít nhất 1 yếu tố nguy cơ hay bệnh đồng mắc, với nhóm AFB dương tính và âm tính lần lượt là 64% và 58,8%. Kết quả này phù hợp nghiên cứu của Kang W. và cộng sự (2021) [5] với 70% bệnh

nhân có ít nhất 1 yếu tố nguy cơ hay bệnh đồng mắc. Các bệnh đồng mắc thường gặp là bệnh tim mạch và đái tháo đường, tương tự các nghiên cứu trước đây [5]. Đặc điểm này cho thấy, người trung niên có yếu tố nguy cơ là những đối tượng dễ mắc bệnh lao phổi, không có sự khác biệt giữa nhóm lao phổi AFB dương tính và âm tính.

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Về triệu chứng lâm sàng, các triệu chứng thường gặp nhất trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu là ho khan, khạc đờm và sốt, ít gặp triệu chứng ra mồ hôi đêm, đau ngực. Triệu chứng mệt mỏi, khạc đờm là 2 triệu chứng thường gặp hơn ở nhóm AFB dương tính so với AFB âm tính ($p < 0,05$). Các nghiên cứu trước đây cũng cho kết quả triệu chứng cơ năng gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân lao phổi AFB dương tính [5]. Tuy nhiên, các triệu chứng sốt, mồ hôi đêm trong nghiên cứu này gặp ít hơn so với một số nghiên cứu khác. Đặc điểm này liên quan đến tính chất của triệu chứng. Sốt trong bệnh lao thường sốt nhẹ, kín đáo, nếu bệnh nhân không chú ý sẽ không thể phát hiện ra. Triệu chứng ra mồ hôi đêm thường xuất hiện

khi bệnh nhân đang ngủ nên khó nhận định. Các triệu chứng này có liên quan đến đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu, liên quan đến điều kiện kinh tế, xã hội, nhận thức về chăm sóc sức khỏe... Các đặc điểm các triệu chứng lâm sàng khác trong nghiên cứu này không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm bệnh nhân lao phổi AFB dương tính và âm tính, phù hợp với một số nghiên cứu [6], [7].

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ bệnh nhân thiếu máu và giảm tiểu cầu gặp ít hơn, tăng bạch cầu đa nhân trung tính, tăng bạch cầu mono gặp nhiều hơn trong khi tỉ lệ tăng số lượng bạch cầu toàn bộ tương tự khi so sánh với kết quả nghiên cứu của Võ Trọng Thành (2019) [8]. CRP trong nghiên cứu này tăng nhiều hơn so với kết quả các nghiên cứu khác. Sự khác này có lẽ liên quan đến đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu, với sự khác biệt về thời gian mắc bệnh, tình trạng đáp ứng miễn dịch, điều kiện kinh tế xã hội... Nhìn chung, kết quả xét nghiệm máu không có sự khác biệt giữa 2 nhóm bệnh nhân lao phổi AFB dương tính và âm tính. Khi so sánh với kết quả nghiên cứu của Wang Y. và cộng sự (2021), nhóm bệnh nhân lao phổi AFB dương tính có tỉ lệ gặp bạch cầu tăng, lympho giảm, CRP tăng nhiều hơn so với nhóm AFB âm tính [4]. Kết quả này có thể liên quan đến cỡ mẫu bệnh nhân. Nghiên cứu của Wang Y. và cộng sự thực hiện trên số lượng bệnh nhân nhiều hơn (224 bệnh nhân). Vì vậy, để đánh giá khách quan hơn các chỉ tiêu xét nghiệm máu, nghiên cứu cần tiếp tục thực hiện trên số lượng bệnh nhân nhiều hơn.

Nghiên cứu đặc điểm Xquang lồng ngực quy ước, bệnh nhân trong nghiên cứu đều có tổn thương ưu thế vùng cao, với các hình ảnh thường gặp nhất là hình ảnh thâm nhiễm. Nhóm bệnh nhân lao phổi AFB dương tính gặp nhiều hơn hình ảnh tổn thương 2 bên và các hình thái nốt, xơ, vôi, hang có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), còn hình ảnh khác không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. So sánh với kết quả nghiên cứu của Rai D.K. và cộng sự (2019), hình ảnh thâm nhiễm lại gặp nhiều hơn ở nhóm AFB dương tính còn hình ảnh nốt, xơ, vôi không khác biệt giữa 2 nhóm. Hình ảnh hang không được đề cập đến [9]. Sự khác biệt này liên quan đến tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu của Rai D.K. và cộng sự (2019), dùng kết quả xét nghiệm Gene-Xpert làm tiêu chuẩn chẩn đoán xác định. Trong nghiên cứu của Ko J.M. và cộng sự (2015) [10], tác giả nghiên cứu hình ảnh cắt lớp vi tính lồng ngực ở bệnh nhân lao phổi và so sánh giữa các nhóm.

Tác giả cũng nhận thấy tỉ lệ hình ảnh hang cao hơn rõ rệt ở nhóm AFB dương tính, với tỉ lệ 86% so với 33% ở nhóm AFB âm tính. Tỉ lệ phát hiện hình ảnh hang cao hơn liên quan đến nghiên cứu sử dụng hình ảnh cắt lớp vi tính để nghiên cứu, có độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn trong chẩn đoán hang. Tuy nhiên, kết quả hình ảnh hang và đồng đặc cao hơn ở nhóm lao phổi AFB dương tính phù hợp với kết quả nghiên cứu này. Điều này có thể giải thích theo bệnh sinh của lao phổi, bệnh nhân lao phổi AFB dương tính có tốc độ bệnh tiến triển, tổn thương phá hủy và lan tràn nhiều hơn.

Nghiên cứu về đặc điểm kháng thuốc, tỉ lệ bệnh nhân phát hiện kháng thuốc của trong nghiên cứu là 4,76%. Kết quả này cao hơn so với báo cáo của WHO (2021) về tỉ lệ lao đa kháng thuốc ở bệnh nhân lao mới mắc là 3,3% [1]. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm lao phổi AFB dương tính và âm tính. Tỉ lệ kháng thuốc trong nghiên cứu chưa thực sự phản ánh được tình trạng kháng thuốc chung do cỡ mẫu còn nhỏ. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cho thấy nguy cơ kháng thuốc có thể gặp ở các bệnh nhân lao phổi mới. Vì vậy, bệnh nhân lao mới cũng cần thực hiện các xét nghiệm đánh giá tình trạng kháng thuốc: Gene-Xpert, nuôi cấy..., giúp phát hiện sớm bệnh nhân lao phổi kháng thuốc.

V. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân lao phổi AFB dương tính gặp ở độ tuổi trẻ hơn, nhiều triệu chứng cơ năng và tổn thương thâm nhiễm, hang trên hình ảnh Xquang so với nhóm bệnh nhân lao phổi AFB âm tính.

- Tỉ lệ bệnh nhân kháng thuốc chung là 4,76% và chưa khác biệt giữa nhóm lao phổi AFB dương tính và âm tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** Global tuberculosis control: WHO report 2021.
2. **BỘ Y TẾ (2020),** "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng lao".
3. **Ahmad N., Baharom M., Aizzuddin A.N., et al. (2021).** Sex-related differences in smear-positive pulmonary tuberculosis patients in Kuala Lumpur, Malaysia: Prevalence and associated factors. *PLoS One.*;16(1):e0245304.
4. **Wang Y., Shang X., Wang L., et al. (2021).** Clinical characteristics and chest computed tomography findings related to the infectivity of pulmonary tuberculosis. *BMC Infect Dis.*;21(1):1197.
5. **Kang W., Du J., Yang S., et al. (2021).** The prevalence and risks of major comorbidities among inpatients with pulmonary tuberculosis in China from a gender and age perspective: a large-scale multicenter observational study. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 40, 787–800 (2021).

6. Zhang Z.X., Sng L.H., Yong Y., et al. (2017) Delays in diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis in AFB smear-negative patients with pneumonia. *Int J Tuberc Lung Dis.*;21(5):544-549.
7. Qi M., Li P.J., Wang Y., et al. (2021). Clinical features of atypical tuberculosis mimicking bacterial pneumonia. *Open Med*;16(1):1608-1615.
8. Võ Trọng Thành (2019). Nghiên cứu sự thay đổi một số chỉ số huyết học ở bệnh nhân lao phổi được điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
9. Rai D.K., Kirti R., Kumar S., et al. (2019). Radiological difference between new sputum-positive and sputum-negative pulmonary tuberculosis. *J Family Med Prim Care.*;8(9):2810-2813.
10. Ko J.M., Park H.J., Kim C. H., et al. (2015). The relation between CT findings and sputum microbiology studies in active pulmonary tuberculosis. *European Journal of Radiology*, 84(11), 2339–2344.

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH PHÒNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG CHO TRẺ CỦA CÁC BÀ MẸ CÓ CON DƯỚI 5 TUỔI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI HUYỆN QUẢNG NINH, QUẢNG BÌNH NĂM 2022

Lê Việt Hưng¹, Lê Minh Thi²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 374 bà mẹ có con dưới 5 tuổi được thực hiện tại huyện Quảng Ninh, tỉnh Quảng Bình nhằm mô tả kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan về bệnh tay chân miệng của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi. Qua phân tích cho thấy, các bà mẹ có con dưới 5 tuổi có kiến thức chung về phòng bệnh TCM đạt chưa cao. Về thực hành, tỷ lệ các bà mẹ có thực hành chung về phòng bệnh TCM đạt tương đối khá tốt. Tuy nhiên, ở nội dung còn đạt thấp như: nguồn tiếp nhận thông tin phòng chống bệnh TCM của các bà mẹ từ cán bộ y tế (CBYT) còn thấp trong khi nhu cầu cần tiếp nhận thông tin từ CBYT cao. Kết quả của nghiên cứu cũng cho thấy Tỷ lệ người mẹ có con dưới 5 tuổi có kiến thức đúng về bệnh tay chân miệng là 42,1%, thái độ đúng là 76,9% và thực hành đúng là 53,0%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức và thực hành phòng bệnh TCM (OR=4,58, p<0,05). Vì thế cần có các hoạt động can thiệp nâng cao kiến thức về phòng bệnh TCM cho các bà mẹ và tiếp tục duy trì các chương trình khác nhằm khống chế tốt nhất tình hình bệnh TCM tại cộng đồng.

Từ khóa: Tay chân miệng, bà mẹ, trẻ dưới 5 tuổi, Quảng Bình

SUMMARY

KNOWLEDGE, PRACTICE OF HFMD PREVENTION FOR CHILDREN OF MOTHERS WITH CHILDREN BELOW 5 YEARS AND UP SOME FACTORS IN QUANG NINH DISTRICT, QUANG BINH PROVINCE IN 2022

A descriptive cross-sectional study on 374 mothers

with children under 5 years old was carried out in Quang Ninh district, Quang Binh province with the aim of describing knowledge, practice and some related factors about hand and foot disease of mothers with children under 5 years old. Through parsing, it is shown that mothers with children under 5 years of age have low general knowledge about HFMD prevention. In terms of practice, the percentage of mothers who perform general HFMD prevention is relatively good. However, the content still reached a low level such as: the source of receiving information on prevention of HFMD by mothers from the Ministry of Health (MOH) but low while the need to receive information from health workers is high. The results of the study also showed that mothers with children under 5 years of age had correct knowledge of limb disease 42.1%, correct format was 76.9% and correct performance was 53.0%. There is a statistically significant relationship between knowledge and practice of HTCM prevention (OR = 4.58, p < 0.05). Therefore, there is a need for new activities that can improve mothers' knowledge of HFMD and continue to maintain various programs aimed at creating the best HFMD situation in the community.

Keywords: Hand, foot, mouth, mother, children under 5 years old, Quang Binh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân miệng (TCM) là một bệnh truyền nhiễm cấp tính do vi rút gây ra và thường gặp ở trẻ em nhỏ dưới 5 tuổi. Thông thường, bệnh TCM tự khỏi, nhưng một tỷ lệ nhỏ trẻ em có thể gặp các biến chứng nghiêm trọng như viêm màng não, viêm não, liệt mềm cấp tính và hội chứng hô hấp (1,2). Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), bệnh TCM đã ghi nhận ở mọi quốc gia trên thế giới. Các đợt bùng phát dịch bệnh TCM chủ yếu do hai nhóm Enterovirus gây ra do Coxsackievirus A16 (CV-A16) và Enterovirus 71 (EV-A71) (3). Tại Việt Nam, bệnh được phát hiện từ cuối những năm 1990. Bệnh có biểu hiện

¹Trung tâm Y tế huyện Quảng Ninh, tỉnh Quảng Bình

²Trường Đại học y tế công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Lê Việt Hưng

Email: mph2031034@student.huph.edu

Ngày nhận bài: 24.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2022

Ngày duyệt bài: 22.8.2022