

**Nhận xét:** Thời gian gây mê, thời gian tỉnh, giữa hai nhóm không có sự khác biệt ( $p > 0,05$ )

**Bảng 3.4. Tỷ lệ buồn nôn, nôn và điểm VAS của hai nhóm**

	Nhóm S (n=30)	Nhóm P (n=30)	P
Có n(%)	9(30%)	3(10%)	>0,05
Điểm VAS (X±SD)	2,47±1,17	2,43±1,04	

**Nhận xét:** Tỷ lệ buồn nôn, nôn và điểm VAS ở nhóm S nhiều hơn nhóm P tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$

**Bảng 3.5. Tỷ lệ tụt huyết áp**

	Nhóm S <sup>(2)</sup> (n=30)	Nhóm P <sup>(2)</sup> (n=30)	P
Tụt huyết áp tâm thu	6(20%)	14(46,7%)	<0,05*
Tụt huyết áp trung bình	10(33,3%)	17(56,7%)	>0,05
Sử dụng Ephedrin	3(10%)	6(20%)	>0,05 <sup>f</sup>

(2): Tần suất (%), \*: so sánh bằng kiểm định khi bình phương, <sup>f</sup>: so sánh bằng kiểm định Fisher's Exact Test

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân có tụt huyết áp tâm thu ở nhóm P cao hơn nhóm S: 46,7% so với 20% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $P < 0,05$ . Số bệnh nhân có tụt huyết áp trung bình và bệnh nhân phải sử dụng Ephedrin giữa nhóm S và nhóm P khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $P > 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả cho thấy hai nhóm có sự tương đồng về giới tính, tuổi, cân nặng, chiều cao và chỉ số BMI ( $p > 0,05$ ). Đảm bảo tính đồng đều của nghiên cứu. trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ Nam/ Nữ là 0,62 tỷ lệ này tương tự như Kestenbaum (Mỹ) năm 2004 tỉ lệ Nam/Nữ là 0,74<sup>6</sup>.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi thời gian gây mê ở hai nhóm tương đương nhau  $52,83 \pm 13,90$  phút so với  $54,77 \pm 9,90$  phút, thời gian tỉnh ở nhóm P ( $13,70 \pm 2,56$  phút) nhanh hơn nhóm S ( $15,07 \pm 2,96$  phút), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Theo nghiên cứu của Fredman và cộng sự<sup>7</sup> thời gian tỉnh nhóm P và S lần lượt là  $9 \pm 4$  phút và  $10 \pm 5$  phút. Kết quả thời gian tỉnh của nhóm chúng tôi kéo dài hơn là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân chạy thận chu kỳ nên việc đào thải thuốc có thể chậm hơn người bình thường.

Về huyết động chúng tôi nhận thấy tụt huyết áp tâm thu nhóm P gặp nhiều hơn so với nhóm S 46,7% so với 20% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $P < 0,05$ ). Tụt huyết áp trung bình nhóm P

cũng gặp nhiều hơn nhóm S tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $P > 0,05$ ). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Thwaites A., Edmends. và Smith I<sup>8</sup>. Chúng tôi cũng thấy khi gây mê với hai loại thuốc trên, huyết động trong duy trì mê tương đối ổn định, ở nhóm S điều khiển độ mê dễ dàng hơn.

Chất lượng hồi tỉnh sau gây mê là một trong những mục tiêu quan trọng đặc biệt là trên những bệnh nhân có nhiều nguy cơ tai biến và chậm phục hồi sau phẫu thuật như bệnh nhân chạy thận chu kỳ. Ở nghiên cứu này ngoài việc đánh giá bệnh nhân tỉnh hoàn toàn bằng một số test, thang điểm Aldrete trong giai đoạn hồi tỉnh sớm chúng tôi còn sử dụng bảng điểm QoR-15 để đánh giá chất lượng hồi tỉnh ở giai đoạn trễ. Theo kết quả bảng 3.2 và bảng 3.4 thì tỷ lệ phân loại chất lượng hồi tỉnh: rất tốt; tốt; trung bình giữa nhóm S và nhóm P lần lượt là 76,7%; 16,7%; 6,7% so với 80%; 3,3%; 16,7%. Tỷ lệ buồn nôn, nôn ở nhóm S cao hơn nhóm P 30% so với 10% tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $P > 0,05$ ). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Ho Bum Cho và các cộng sự (2021)<sup>4</sup>, Zheng Niu và các cộng sự (2021)<sup>5</sup> cho thấy tỷ lệ các biến cố tim mạch nghiêm trọng sau phẫu thuật ở nhóm TIVA bằng propofol thấp hơn đáng kể so với nhóm thuốc mê bốc hơi và chất lượng hồi tỉnh ở hai nhóm không có sự khác biệt tại các thời điểm. Nghiên cứu của chúng tôi sau phẫu thuật không có trường hợp nào có biến cố tim mạch nghiêm trọng có thể do thời gian phẫu thuật ngắn và loại phẫu thuật có nguy cơ tim mạch thấp.

#### V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy Propofol hoặc Sevoflurane có thể được sử dụng an toàn ở những bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ được phẫu thuật cắt tuyến cận giáp và không cho thấy lợi ích vượt trội giữa hai thuốc mê về mặt lâm sàng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mathew A, Devereaux PJ, O'Hare A, et al. Chronic kidney disease and postoperative mortality: A systematic review and meta-analysis. *Kidney Int.* 2008;73(9):1069-1081. doi:10.1038/ki.2008.29
2. Bonanni A, Signori A, Alicino C, et al. Volatile Anesthetics versus Propofol for Cardiac Surgery with Cardiopulmonary Bypass: Meta-analysis of Randomized Trials. *Anesthesiology.* 2020;132(6):1429-1446. doi:10.1097/ALN.0000000000003236
3. Sayed S, Idriss NK, Sayyedf HG, et al. Effects of propofol and isoflurane on haemodynamics and the inflammatory response in cardiopulmonary bypass surgery. *Br J Biomed Sci.* 2015;72(3):93-

101. doi:10.1080/09674845.2015.11666803
- Cho HB, Kim MG, Park SY, et al.** The influence of propofol-based total intravenous anesthesia on postoperative outcomes in end-stage renal disease patients: A retrospective observation study. *PLoS ONE*. 2021;16(7):e0254014. doi:10.1371/journal.pone.0254014
  - Niu Z, Gao X, Shi Z, et al.** Effect of total intravenous anesthesia or inhalation anesthesia on postoperative quality of recovery in patients undergoing total laparoscopic hysterectomy: A randomized controlled trial. *J Clin Anesth*. 2021; 73:110374. doi:10.1016/j.jclinane.2021.110374
  - Kestenbaum B, Katz R, de Boer I, et al** (2011). Vitamin D, parathyroid hormone, and cardiovascular events among older adults. *J Am Coll Cardiol*. 2011; 58:1433–41.
  - Fredman B., Nathanson M.H., Smith I., et al** (1995), "Sevoflurane for outpatient anesthesia: a comparison with propofol", *Anesth Analg*; 81: p. 823 - 828.
  - Thwaites A., Edmonds S. and Smith I.** (1997), "Inhalation induction with sevoflurane: a double-blind comparison with propofol", *British Journal of Anaesthesia*; 78: p. 356 - 361.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN LAO PHỔI SỬ DỤNG MỘT SỐ PHÁC ĐỒ CÁ THỂ TẠI BỆNH VIỆN PHỔI THÁI NGUYÊN

Hoàng Hà<sup>1</sup>, Hoàng Thị Hồng<sup>2</sup>,  
Nguyễn Thị Lệ<sup>1</sup>, Hoàng Văn Lâm<sup>1</sup>

**Từ khóa:** Lao phổi, Điều trị lao, Phác đồ cá thể, Bệnh viện Phổi Thái Nguyên.

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Điều trị phác đồ cá thể trên bệnh nhân lao phổi không dung nạp được thuốc theo phác đồ chuẩn là cần thiết. **Mục tiêu:** Mô tả kết quả điều trị bệnh nhân lao phổi bằng phác đồ cá thể và một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị. **Phương pháp:** Mô tả. Đối tượng là BN lao phổi điều trị phác đồ cá thể từ 6/2023-12/2024. Chọn mẫu toàn bộ, thu nhận được 30 BN điều trị phác đồ 2SRHZE/4RHE; 2SHZE/4HE; 2RZE/6RE; 9RELFx. **Kết quả:** BN nam 86,7%, tuổi trên 60 chiếm 40%. Qua điều trị, các triệu chứng ho, đau ngực, sốt nhẹ về chiều và ran ở phổi khi vào viện có tỷ lệ lần lượt là 100%, 86,7%, 80% và 100%, sau 2 tháng ho và ran ở phổi còn 60%, 6,7%, 3,3% và 33,3%. Sau 6 tháng chỉ còn triệu chứng ho và ran ở phổi cùng là 6,7%. Nhuộm sợi đờm khi vào viện, sau 2 tháng và sau 6 tháng điều trị là: AFB dương tính: 56,7%, 10%, 6,7%. AFB âm tính: 43,3%, 90%, 93,3%. Các trị số huyết học, sinh hóa máu khi vào viện, sau 2 tháng và sau 6 tháng lần lượt là: tăng BC: 56,7%, 6,7% và 3,3%; giảm Hb: 36,7%, 20% và 16,7%; tăng giá trị SGOT: 13,3%, 26,7% và 10%; tăng giá trị SGPT: 13,3%, 16,7% và 6,7%; tăng axit uric: 10%, 33,3% và 13,3%; tăng ure: 3,3%, 6,7% và 3,3%; Kết quả điều trị có tỷ lệ khỏi đạt 86,7%, hoàn thành điều trị 6,7%, thất bại 6,7%. **Bàn luận:** Phác đồ đã cá nhân hóa các liệu trình điều trị giúp tối ưu hóa hiệu quả và giảm thiểu tác dụng phụ. Phác đồ nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. **Kết luận:** Các phác đồ cá thể 2SRHZE/4RHE; 2SHZE/4HE; 2RZE/6RE; 9RELFx điều trị lao giúp cải thiện các triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm đáng kể cho bệnh nhân.

### SUMMARY

#### RESULTS OF TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS USING SOME INDIVIDUAL REGIMES AT THAI NGUYEN LUNG HOSPITAL

**Introductions:** Individualized treatment regimen for pulmonary tuberculosis patients who cannot tolerate standard regimens is necessary. **Objectives:** Describe the results of treating pulmonary tuberculosis patients with individual regimens and some factors affecting treatment results. **Methods:** descriptive method. Subjects patients treated with individual regimens from 6/2023 to 12/2024. Sample size: select all patients treated with regimens 2SRHZE/4RHE; 2SHZE/4HE; 2RZE/6RE; 9RELFx, 30 patients. **Results:** Male patients 86.7%, over 60 years old accounted for 40%. Through treatment, the symptoms of cough, chest pain, mild fever in the afternoon and rales in the lungs when admitted to the hospital were 100%, 86.7%, 80% and 100% respectively. After 2 months, cough and rales in the lungs were 60%, 6.7%, 3.3% and 33.3%. After 6 months, only cough and rales in the lungs were 6.7%. The sputum staining when admitted to the hospital, after 2 months and after 6 months of treatment were: AFB positive: 56.7%, 10%, 6.7%. AFB negative: 43.3%, 90%, 93.3%. The hematological and biochemical blood values of the patients when admitted to the hospital, after 2 months and after 6 months were respectively: increased white blood cells: 56.7%, 6.7% and 3.3%; Hb reduction: 36.7%, 20% and 16.7%; SGOT value increase: 13.3%, 26.7% and 10%; SGPT value increase: 13.3%, 16.7% and 6.7%; uric acid increase: 10%, 33.3% and 13.3%; urea increase: 3.3%, 6.7% and 3.3%; Treatment results have a cure rate of 86.7%, treatment completion rate of 6.7%, failure rate of 6.7%. **Discussions:** Individualized regimens are the personalization of treatment regimens to optimize

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Phổi Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Hà

Email: hoangha@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 9.12.2024

effectiveness and minimize side effects for each specific patient. Individualized regimens help keeping enhance the quality of life for patients. **Conclusions:** Individualized regimens 2SRHZE/4RHE; 2SHZE/4HE; 2RZE/6RE; 9RELfx tuberculosis treatment helps improve clinical symptoms and laboratory tests significantly for patients. **Keywords:** Pulmonary tuberculosis, Tuberculosis treatment, Individual regimen, Thai Nguyen Lung Hospital.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo WHO năm 2023, Việt Nam vẫn là nước có gánh nặng bệnh lao cao, xếp thứ 11 trong 30 nước có số bệnh nhân lao cao nhất trên toàn cầu và xếp thứ 11 trong số 30 nước có gánh nặng bệnh lao kháng đa thuốc cao nhất trên thế giới [1, 2, 3].

Điều trị lao là mục tiêu quan trọng hàng đầu trong tiến trình chấm dứt bệnh lao tại Việt Nam vào năm 2035 [1, 2]. Tuy nhiên tình trạng kháng thuốc và sự khác biệt trong đáp ứng điều trị của bệnh nhân vẫn đặt ra nhiều thách thức, nhiều trường hợp người bệnh không dung nạp được thuốc trong phác đồ, người bệnh suy gan, suy thận nặng, dị ứng thuốc, tổn thương phổi rộng, lao nhiều cơ quan,...

Để nhằm giảm tác dụng bất lợi của thuốc, cần điều chỉnh liều lượng và loại thuốc cũng có thể giúp giảm thiểu các tác dụng phụ không mong muốn, từ đó cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Áp dụng phác đồ cá thể hóa, các chương trình phòng chống bệnh lao ở cộng đồng có thể đạt được kết quả tốt hơn, giảm thiểu sự lây lan của bệnh. Sử dụng phác đồ cá thể trong điều trị bệnh lao không chỉ là một phương pháp điều trị hiệu quả mà còn là một chiến lược quan trọng trong việc quản lý và kiểm soát căn bệnh này [4 -6]. Do đó, chúng tôi nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân lao phổi bằng phác đồ 2SRHZE/4RHE; 2SHZE/4HE; 2RZE/6RE; 9RELfx tại bệnh viện Phổi Thái Nguyên.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm

- Đối tượng là các BN được chẩn đoán lao phổi điều trị phác đồ cá thể tại bệnh viện Phổi Thái Nguyên. Thời gian từ 6/2023-12/2024.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** bệnh nhân điều trị lao nhạy cảm thuốc nhưng không đáp ứng, không dung nạp với phác đồ chuẩn, có biến cố bất lợi với thuốc chống lao. Được điều trị một phác đồ cá thể.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân xét nghiệm Xpert có kháng Rifampicin. Bệnh nhân không hợp tác. bệnh nhân đang mắc kèm các bệnh cấp tính như viêm phổi thùy, suy tim, tăng

huyết áp, viêm gan cấp, ung thư, HIV (+).

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả

Chọn mẫu toàn bộ, thu được 30 BN

### 2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Chỉ tiêu về đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, giới, thời gian chẩn đoán.

- Chỉ tiêu các dấu hiệu triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng qua quá trình điều trị.

- Chỉ tiêu về các kết quả điều trị.

### 2.4. Tiêu chuẩn và tiến hành nghiên cứu

- BN được chẩn đoán xác định lao phổi theo Bộ y tế [1].

- Phác đồ cá thể trong nghiên cứu là: 2SRHZE/4RHE; 2SHZE/4HE; 2RZE/6RE; 9RELfx. Tên thuốc trong các phác đồ là: isoniazid (H), rifampicin (R), streptomycin (S), ethambutol (E), pyrazinamid (Z), levofloxacin (Lfx) [1].

- Các bệnh nhân đều được quản lý giám sát trực tiếp, dùng thuốc theo đúng phác đồ, đủ thời gian, bao gồm cả hai giai đoạn nội trú và ngoại trú.

- Đánh giá kết quả điều trị theo 7 loại: thất bại, khỏi, hoàn thành, chết, không theo dõi được, không đánh giá, điều trị thành công [1, 2].

**2.5. Phương pháp xử lý số liệu:** nhập số liệu và xử lý trên phần mềm SPSS.

**2.6. Đạo đức nghiên cứu:** được phê duyệt Hội đồng y đức Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu**

Đặc điểm	Nhóm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	18-40 tuổi	6	20,0
	41-60 tuổi	12	40,0
	>60 tuổi	12	40,0
Tuổi trung bình $\bar{X} \pm SD$		57,43 $\pm$ 13,83; max: 91; min: 30	
Giới tính	Nam	26	86,7
	Nữ	4	13,3
Thời gian chẩn đoán	Trước 2 tháng	28	93,3
	Sau 2 tháng	2	6,7

**Nhận xét:** Kết quả bảng 1 cho thấy số lượng bệnh nhân nghiên cứu tăng theo lứa tuổi, chủ yếu gặp ở nhóm trên 40 tuổi, nhóm từ 41 - 60 tuổi và trên 60 tuổi tương đương nhau, đều chiếm 40%. Nhóm tuổi trẻ từ 18 - 40 tuổi chỉ gặp 20%. Bệnh nhân nam (86,7%) nhiều hơn nữ (13,3%).

Các bệnh nhân nghiên cứu đa số được chẩn đoán sớm. Thời gian chẩn đoán trước 2 tháng

chiếm 93,3%.

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân qua quá trình điều trị**

Bệnh nhân Triệu chứng lâm sàng	Khi vào viện n (%)	Sau 2 tháng n (%)	Sau 6 tháng n (%)
Ho	30 (100,0)	18 (60,0)	2 (6,7)
Sốt nhẹ về chiều	24 (80,0)	1 (3,3)	0 (0,0)
Gầy sút cân	17 (56,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Đau ngực	26 (86,7)	2 (6,7)	0 (0,0)
Khó thở	7 (23,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Mệt mỏi	18 (60)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ho ra máu	1 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ra mồ hôi trộm	2 (6,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Phổi có ran	30 (100,0)	10 (33,3)	2 (6,7)

**Nhận xét:** Lúc vào viện các triệu chứng ho, đau ngực, sốt nhẹ về chiều và ran ở phổi có tỷ lệ lần lượt là 100%, 86,7%, 80% và 100%, sau 2 tháng điều trị ho chỉ còn là 60%, 6,7%, 3,3% và 33,3%. Sau 6 tháng hai triệu chứng ho và ran ở phổi tiếp tục giảm còn 6,7%, hết triệu chứng đau ngực và sốt nhẹ về chiều. Triệu chứng thường gặp nhất là ho kéo dài > 2 tuần (chiếm 100%), ran ở phổi (100%). Tiếp theo là sốt kéo dài (80%), đau ngực (86,7%), mệt mỏi (60%), gầy sút cân (56,7%).

**Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân qua quá trình điều trị**

Bệnh nhân Triệu chứng xét nghiệm	Khi vào viện n (%)	Sau 2 tháng n (%)	Sau 6 tháng n (%)
AFB (+)	17(56,7)	3(10,0)	2(6,7)
AFB (-)	13(43,3)	27(90,0)	28(93,3)
Tổn thương XQ phổi đám thâm nhiễm	28(93,3)	2(6,7)	0(0,0)
Tổn thương XQ phổi dạng nốt	22(73,3)	10(33,3)	8(26,7)
Tổn thương XQ phổi dạng xơ	7(23,3)	16(53,3)	20(66,7)
Tổn thương XQ phổi có hang	7(23,3)	6 (20,0)	4(13,3)
Tổn thương XQ phổi mức độ rộng	5(16,7)	4(13,3)	3(10,0)
Tổn thương XQ phổi mức độ hẹp	8(26,7)	10(33,3)	16(53,3)
Tổn thương XQ cả 2 phổi	20(66,7)	16(53,3)	14(46,7)
Giảm hồng cầu	11(36,7)	5 (16,7)	5(16,7)
Giảm Hb	11(36,7)	6 (20,0)	5(16,7)
Tăng bạch cầu	17(56,7)	2 (6,7)	1(3,3)
Tăng men gan SGOT	4(13,3)	8 (26,7)	3(10,0)
Tăng men gan SGPT	4(13,3)	5 (16,7)	2(6,7)
Tăng Axit Uric máu	3(10,0)	10(33,3)	4(13,3)

Tăng Creatinin	0(0,0)	2(6,7)	0(0,0)
Tăng Ure máu	1(3,3)	2(6,7)	1(3,3)

**Nhận xét:** Tỷ lệ AFB dương tính là 56,7%, âm tính với tỷ lệ 43,3%. Tổn thương trên XQ phổi chủ yếu gặp là đám thâm nhiễm, nốt, sau đó là xơ và hang chiếm tỷ lệ lần lượt là 93,3%, 73,3%, 23,3%, 23,3%. Chủ yếu gặp cả hai bên chiếm 66,7%. Đa số là tổn thương ở mức độ vừa chiếm 56,7%. Tỷ lệ bệnh nhân tăng axit uric khi vào viện chiếm 10%, sau 2 tháng tăng lên là 33,3% và sau 6 tháng giảm còn 13,3%. SGOT, SGPT tăng khá cao lần lượt là 26,7%, 16,7%. Sau 6 tháng giảm còn 10% và 6,7%. Có sự tăng nhẹ chỉ số ure huyết thanh trong quá trình điều trị. Sau 2 tháng ure tăng 6,7%, sau 6 tháng còn 3,3%.

### 3.2. Kết quả điều trị

**Bảng 4. Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân sử dụng phác đồ cá thể**

Bệnh nhân Kết quả điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thất bại	2	6,7
Khỏi	26	86,7
Hoàn thành điều trị	2	6,7
Chết	0	0,0
Không theo dõi được	0	0,0
Không đánh giá	0	0,0
Điều trị thành công	28	93,4
<b>Tổng số</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Kết quả điều trị thất bại khá cao là 6,7%. Tỷ lệ khỏi cao là 86,7%, hoàn thành điều trị là 6,7% và điều trị thành công đạt 93,4%. Không xảy ra các kết quả xấu như tử vong, không theo dõi được và không đánh giá.

## IV. BÀN LUẬN

**4.1 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu.** Kết quả bảng 1 cho thấy số lượng bệnh nhân nghiên cứu tăng theo lứa tuổi, chủ yếu gặp ở nhóm trên 40 tuổi, nhóm từ 41 - 60 tuổi và trên 60 tuổi tương đương nhau, đều chiếm 40%. Nhóm tuổi trẻ từ 18 - 40 tuổi chỉ gặp 20%. Những người trên 60 tuổi thường có hệ miễn dịch yếu hơn, dễ mắc bệnh hơn so với những người trẻ tuổi. Họ có thể có các bệnh lý nền như tiểu đường, suy thận, hoặc các bệnh lý hô hấp mãn tính, làm tăng khả năng mắc lao và tạo điều kiện cho bệnh tiến triển nặng nề hơn. Người cao tuổi thường gặp nhiều khó khăn trong điều trị do sự hiện diện của các bệnh lý nền, tính nhạy cảm với thuốc và tác dụng phụ [3].

Bệnh nhân nam (86,7%) nhiều hơn nữ (13,3%). Tỷ lệ mắc bệnh lao ở nam giới thường cao hơn so với nữ giới [7]. Tình trạng này có thể do phụ nữ có hệ thống miễn dịch mạnh mẽ hơn

so với nam giới. Hormone estrogen có thể giúp tăng cường phản ứng miễn dịch, từ đó giúp phụ nữ chống lại nhiễm trùng hiệu quả hơn. Nam giới thường hút thuốc lá nhiều hơn nữ giới. Hút thuốc lá không chỉ làm giảm sức đề kháng mà còn làm tăng nguy cơ mắc bệnh lao, bởi thuốc lá làm tổn thương phổi và tạo điều kiện cho vi khuẩn lao phát triển. Nam giới có xu hướng sử dụng rượu và các chất kích thích nhiều hơn, điều này cũng có thể ảnh hưởng đến sức khỏe tổng thể và tăng nguy cơ mắc bệnh. Nam giới đôi khi có xu hướng không tìm kiếm chăm sóc y tế khi có triệu chứng, có thể dẫn đến việc chẩn đoán muộn và tình trạng bệnh nặng hơn.

Các bệnh nhân nghiên cứu đa số được chẩn đoán sớm. Thời gian chẩn đoán trước 2 tháng chiếm 93,3%. Ở độ tuổi cao, triệu chứng của bệnh lao có thể dễ bị nhầm lẫn với các biểu hiện của tuổi tác hoặc các bệnh lý khác. Do đó, việc chẩn đoán bệnh lao ở người cao tuổi có thể bị chậm trễ, dẫn đến tình trạng bệnh nặng hơn khi được phát hiện [3].

Kết quả Ziehl-Neelsen thấy tỷ lệ AFB âm tính khá cao, với tỷ lệ 43,3% dẫn đến có nhiều bệnh nhân phải trải qua 2 tuần điều trị kháng sinh phổ rộng ngoài lao, theo quy trình chẩn đoán lao AFB âm tính [1]. Điều đó có thể dẫn đến việc bệnh nhân phải sử dụng phác đồ cá thể. Kết quả nhuộm soi đờm có sự thay đổi sau điều trị. Khi vào viện tỷ lệ bệnh nhân lao phổi dương tính chiếm 56,7%. Sau 6 tháng điều trị tỷ lệ này giảm xuống còn 6,7%. Số bệnh nhân có AFB trong đờm âm tính tăng từ 43,3% lên 93,3%.

Tỷ lệ bệnh nhân tăng axit uric khi vào viện chiếm 10,0%, sau 2 tháng tăng lên là 33,3% và sau 6 tháng giảm còn 13,3%. Như vậy sau điều trị thuốc lao 2 tháng có tỷ lệ khá lớn bệnh nhân tăng acid uric, nhưng đã được điều chỉnh và cải thiện sau 6 tháng điều trị.

Tỷ lệ bệnh nhân tăng SGOT, SGPT khi vào viện đều chiếm 13,3%, sau 2 tháng giảm 26,7% và 16,7%, và sau 6 tháng giảm còn 10,0% và 6,7%.

Số bệnh nhân giảm Hồng cầu và Hb khi vào viện đều chiếm 36,7%, sau 2 tháng điều trị thuốc lao giảm còn lần lượt là 16,7% và 20%. Sau 6 tháng điều trị vẫn còn 16,7%. Về giá trị bạch cầu: số bệnh nhân có tăng BC khi vào viện chiếm 56,7%, sau 2 tháng giảm còn 6,7% và 6 tháng giảm xuống còn 3,3%. Như vậy sau điều trị bệnh nhân ít cải thiện về chỉ số hồng cầu và hemoglobin, còn chỉ số bạch cầu được cải thiện tốt qua thời gian điều trị.

Tổn thương XQ phổi chủ yếu gặp là đám thâm nhiễm, nốt, sau đó là xơ và hang chiếm tỷ lệ lần lượt là 93,3%, 73,3%, 23,3%, 23,3%. Sau

2 tháng, tỷ lệ này là 6,7%, 33,3%, 53,3% và 20%. Sau 6 tháng, còn là 0%, 26,7%, 66,7%, 13,3%. Tổn thương XQ phổi chủ yếu gặp cả hai bên chiếm 66,7%, sau 6 tháng giảm còn 46,7%. Đa số là tổn thương phổi ở mức độ vừa, chiếm 56,7%. Sau 6 tháng, tổn thương phổi hẹp chiếm đa số là 53,3%.

**4.2. Kết quả điều trị.** Kết quả khỏi đạt tỷ lệ cao, là 86,7%. Kết quả hoàn thành điều trị đạt 6,7% bệnh nhân. Nghiên cứu ghi nhận có 6,7% bệnh nhân thất bại. Kết quả của nghiên cứu này thấp hơn so với báo cáo của tỉnh Thái Nguyên năm 2021 có tỷ lệ khỏi là 90,1%. Tương đương với CTCLQG năm 2018 điều trị lao phổi có bằng chứng vi khuẩn học cả nước có tỷ lệ khỏi là 86,4%, hoàn thành là 5,3% [2]. Kết quả cho thấy tỷ lệ khỏi bệnh ở bệnh nhân sử dụng phác đồ cá thể hóa thường cao hơn so với những bệnh nhân áp dụng phương pháp điều trị chuẩn [3]. Cụ thể, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, phác đồ cá thể hóa có thể giảm thời gian điều trị và tăng tỷ lệ chữa khỏi, nhờ vào việc sử dụng các loại thuốc phù hợp hơn với sự đáp ứng của từng cá nhân. Phác đồ cá thể hóa không chỉ giúp cải thiện tỷ lệ khỏi bệnh mà còn nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Khi bệnh nhân cảm thấy được quan tâm và điều trị một cách cá nhân hóa, họ dễ dàng hơn trong việc chấp nhận quá trình điều trị, từ đó giúp nâng cao hiệu quả điều trị [4, 5].

Việc áp dụng phác đồ này có thể mang lại nhiều kết quả tích cực nhưng cũng gặp phải một số thách thức nhất định. Phác đồ cá thể cho phép điều chỉnh liều lượng thuốc và thời gian điều trị phù hợp với tình trạng sức khỏe và khả năng đáp ứng của mỗi bệnh nhân, từ đó nâng cao tỷ lệ khỏi bệnh. Bằng cách điều chỉnh phác đồ phù hợp với cơ địa bệnh nhân, có thể giảm thiểu các tác dụng phụ không mong muốn từ thuốc, cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Khi phác đồ được thiết kế phù hợp với nhu cầu và khả năng của bệnh nhân, họ có thể dễ dàng tuân thủ hơn, dẫn đến việc điều trị hiệu quả hơn [5, 6].

Bên cạnh đó, việc cá thể hóa phác đồ có thể dẫn đến tăng chi phí cho bệnh nhân và hệ thống y tế, do yêu cầu thực hiện nhiều xét nghiệm và theo dõi chặt chẽ. Việc điều trị cá thể có thể gây khó khăn trong việc theo dõi và đánh giá quá trình điều trị của từng bệnh nhân [6, 7].

## V. KẾT LUẬN

Các phác đồ cá thể 2SRHZE/4RHE; 2SHZE/4HE; 2RZE/6RE; 9RELFx điều trị lao giúp cải thiện các triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm