

tuyến là loại phổ biến nhất trong nghiên cứu này, chiếm tỷ lệ 53%, tiếp theo là biểu mô vảy (22,7%) và các loại khác (24,2%). Điều này tương đồng với các nghiên cứu tại Bệnh viện K và Bệnh viện Bạch Mai, nơi ung thư biểu mô tuyến chiếm ưu thế. Sự khác biệt về phân bố mô bệnh học giữa các khu vực có thể liên quan đến các yếu tố nguy cơ đặc thù. Tại châu Á, đặc biệt là ở nữ giới và những người không hút thuốc, ung thư biểu mô tuyến phổ biến hơn. Trong khi đó, ung thư biểu mô vảy thường gặp hơn ở châu Âu và Mỹ, nơi tỷ lệ hút thuốc lá cao hơn.

V. KẾT LUẬN

- Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 58, phần lớn là nam giới, phù hợp với các yếu tố dịch tễ học của ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Việt Nam.

- Các triệu chứng lâm sàng thường gặp bao gồm đau ngực, sút cân và ho khan, phản ánh mức độ xâm lấn của bệnh.

- Khối u chủ yếu nằm ở thùy trên, với tỷ lệ cao hơn ở phổi trái, và kích thước trung bình là 5,97 cm.

- Phân loại mô bệnh học cho thấy ung thư biểu mô tuyến chiếm ưu thế, tiếp theo là biểu mô vảy, phù hợp với xu hướng dịch tễ của ung thư phổi ở Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Freddie Bray, Mathieu Laversanne, Hyuna Sung, et al** (2024), Global Cancer Statistics 2022: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries, CA Cancer J Clin. 74(3), 229-263
2. **K. C. Thandra, A. Barsouk, K. Saginala, J. S. Aluru, và A. Barsouk**, "Epidemiology of lung

- cancer", Contemp. Oncol. Onkol., vol 25, số p.h 1, tr 45–52, 2021, doi: 10.5114/wo.2021.103829.
3. **Bùi Công Toàn, Trần Văn Thuận, Bùi Vinh Quang, Đỗ Thị Kim Anh, Sang T., và Quốc V.**, "Nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị trong ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng hóa - xạ trị đồng thời", Tạp chí Y học thực hành, vol 899, tr 47–52, 2013.
 4. **Lê Tuấn Anh**, "Đặc điểm lâm sàng và điều trị của 1158 bệnh nhân ung thư phổi tại Trung tâm ung bướu Chợ Rẫy", Tạp Chí Học Thực Hành, vol 878, tr 20–22, 2013.
 5. **Đỗ Quyết và Đặng Đức Cảnh**, "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh ung thư phổi nguyên phát trên phim X quang chụp cắt lớp vi tính xoắn ốc", Tạp Chí Học Lâm Sàng, tr 250–257, 2003.
 6. **J. B. Fu, T. Y. Kau, R. K. Severson, và G. P. Kalemkerian**, "Lung cancer in women: analysis of the national Surveillance, Epidemiology, and End Results database", Chest, vol 127, số p.h 3, tr 768–777, tháng 3 2005, doi: 10.1378/chest.127.3.768.
 7. **E. Radzikowska, P. Głaz, và K. Roszkowski**, "Lung cancer in women: age, smoking, histology, performance status, stage, initial treatment and survival. Population-based study of 20561 cases", Ann. Oncol., vol 13, số p.h 7, tr 1087–1093, tháng 7 2002, doi: 10.1093/annonc/mdf187.
 8. **K. S. Albain và c.s.**, "Radiotherapy plus chemotherapy with or without surgical resection for stage III non-small-cell lung cancer: a phase III randomised controlled trial", The Lancet, vol 374, số p.h 9687, tr 379–386, tháng 8 2009, doi: 10.1016/S0140-6736(09)60737-6.
 9. **Hoàng Thị Quý và Trần Đình Thanh**, "Kết quả hóa trị ung thư trong lồng ngực từ 2005 đến 2007 tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch", Tạp Chí Học Thành Phố Hồ Chí Minh, vol 12, số p.h 4, tr 212–212, 2008.
 10. **Vũ Hữu Khiêm**, "Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng phác đồ hoá - xạ trị với kỹ thuật PET/CT mô phỏng", Luận án Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội, 2017.

ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHỊ NHIỄM HO GÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Trần Minh Điền¹, Đỗ Thị Thúy Nga¹,
Nguyễn Mạnh Cường², Phùng Thị Bích Thủy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm bệnh nhị nhiễm ho gà điều trị tại bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Bệnh nhị dưới 16 tuổi được chẩn đoán xác định mắc ho gà bằng kỹ thuật real-time PCR,

điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/2019 đến 12/2020. **Kết quả:** Trẻ nhiễm vi khuẩn ho gà nhập viện chủ yếu nhóm dưới 4 tháng tuổi (75,7%), tỷ lệ trẻ nam mắc bệnh ho gà cao hơn trẻ nữ (nam/nữ ≈ 1,23/1). Trẻ mắc ho gà hầu hết là trẻ chưa được tiêm chủng chiếm 85,9% (328/382). Số ca mắc ho gà rải rác quanh năm, tuy nhiên bệnh có xu hướng thấp hơn trong các tháng mùa đông. Ngày xét nghiệm Real-time PCR ho gà hay gặp nhất là ngày thứ 10, trung bình là ngày thứ 12,4. Có 23,6% (90/382) số trẻ mắc ho gà có bội nhiễm các căn nguyên vi sinh vật khác, trong đó chủ yếu là bội nhiễm vi rút 70,0% (63/90), vi khuẩn 40,0% (36/90) và nấm là 1,1% (1/90). Đặc biệt, có 17,8% (16/90) số trẻ bội nhiễm ít nhất 2 căn

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Điền

Email: dientm@nhp.org.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025

nguyên vi sinh vật. **Kết luận:** Trẻ mắc ho gà nhập viện chủ yếu là nhóm trẻ dưới 4 tháng tuổi, và chưa đến tuổi tiêm phòng. Trẻ mắc ho gà chủ yếu bội nhiễm căn nguyên vi rút. Kỹ thuật real-time PCR có ý nghĩa trong chẩn đoán sớm bệnh nhi ho gà.

Từ khóa: ho gà, trẻ em, real-time PCR

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH WHOOPING COUGH TREATED AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: Describe the characteristics of children with pertussis treated at the National Children's Hospital. **Subjects and methods:** Children under 16 years old were diagnosed with pertussis by real-time PCR, and treated at the National Children's Hospital from January 2019 to December 2020. **Results:** The majority of children with whooping cough hospitalized were children under 4 months old (75.7%), the rate of boys with pertussis was higher than that of girls (male/female ratio $\approx 1.23/1$). Most children with whooping cough were unvaccinated, accounting for 85.9% (328/382). The number of whooping cough cases is scattered throughout the year, however, the disease tends to be lower in the winter months. The most common day for Real-time PCR testing for whooping cough was the 10th day, with an average of 12.4 days. 23.6% (90/382) of children with whooping cough had co-infections with microbial pathogens, mainly viral co-infection 70.0% (63/90), bacterial co-infection 40.0% (36/90) and fungal co-infection 1.1% (1/90). Notably, 17.8% (16/90) of children had superinfections with at least 2 microbial pathogens. **Conclusion:** The majority of children with whooping cough hospitalized were children under 4 months old, and had not reached the age of vaccination. The rate of children with whooping cough is predominant viral co-infection. Real-time PCR technique is meaningful in the early diagnosis of whooping cough in children. **Keywords:** whooping cough, children, real-time PCR

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ho gà là bệnh truyền nhiễm lưu hành trên toàn thế giới, với các đợt bùng phát 3 - 5 năm một lần. Bordetella pertussis là nguyên nhân chính gây dịch bệnh và các đợt bệnh ho gà lẻ tẻ. Theo ước tính của WHO năm 2014 có 24,1 triệu ca mắc, với 160.700 ca tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi, chủ yếu liên quan đến trẻ sơ sinh [1]. Tại Việt Nam, bệnh ho gà lưu hành trong cả nước, thường xảy ra và phát triển thành dịch ở nhiều địa phương, đặc biệt nghiêm trọng ở miền núi là nơi có tình trạng kinh tế - xã hội phát triển thấp [2]. Tuy nhiên, từ năm 2015 trở lại đây số ca mắc ho gà có xu hướng tăng nhẹ, tỷ lệ mắc tăng dần từ 0,1/100.000 dân năm 2009 - 2014 lên 0,7/100.000 dân năm 2018 và lên mức hơn 1/100.000 năm 2019 (với 1013 ca mắc) [3] Bệnh thường diễn biến nặng, thời gian điều trị kéo dài do bội nhiễm căn nguyên vi sinh gây biến chứng

viêm phổi, nhất là ở trẻ dưới 5 tuổi và trẻ suy dinh dưỡng. Việc chẩn đoán phát hiện sớm tác nhân đồng nhiễm sẽ có ý nghĩa trong điều trị ho gà trong thực hành lâm sàng. Hiện nay kỹ thuật xét nghiệm Real-time PCR thường được dùng trong giai đoạn sớm 2-3 tuần đầu từ khi khởi phát triệu chứng bệnh, kỹ thuật chẩn đoán này có độ nhạy, độ đặc hiệu cao đồng thời rút ngắn được thời gian xét nghiệm có ý nghĩa trong điều trị, phòng chống, cách ly bệnh nhân, cải thiện chất lượng sống của trẻ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhi dưới 16 tuổi được chẩn đoán xác định mắc ho gà điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** trẻ chẩn đoán xác định mắc ho gà theo hướng dẫn của Bệnh viện Nhi Trung ương áp dụng Đồng thuận Ho gà toàn cầu 2011 [4][5]. Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 1/1/2019 đến 31/12/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Chọn mẫu thuận tiện, tất cả các bệnh nhi chẩn đoán lâm sàng mắc ho gà được xét nghiệm Real-Time PCR dịch tiết đường hô hấp (dịch tỵ hầu, dịch nội khí quản) tại bệnh viện Nhi Trung ương.

Phân tích số liệu. Số liệu sau khi thu thập đã được mã hóa theo mẫu, nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh Bệnh viện Nhi Trung ương số VNCH-RICH-2019-60 ngày 31/10/2019

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi đã thu thập được thông tin của 382 trường hợp bệnh nhi mắc ho gà điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

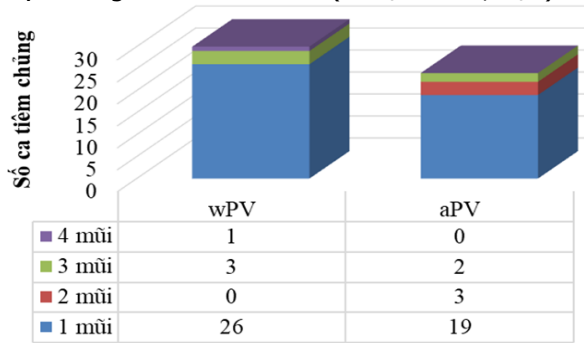
3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1: Một số đặc điểm của nhóm nghiên cứu (n=382)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ %	p
Tuổi (tháng)	Trung vị	2,5		
	Min	0,6 (19 ngày)		
	Max	116 (9 tuổi 8 tháng)		
	Mode	1,4		
	< 4 tháng	289	75,7	0,001
	≥ 4 tháng	93	24,3	
Giới	Nam	211	55,2	0,046
	Nữ	171	44,8	
Phổi nhiễm	Không phổi nhiễm	346	90,6	

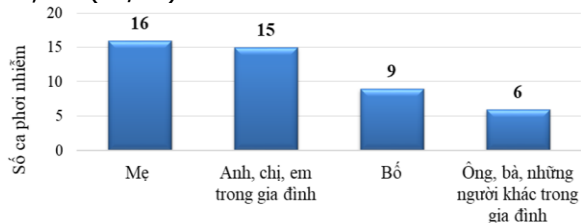
Tiêm chủng	Nghi ngờ phơi nhiễm	23	6,0
	Phơi nhiễm	13	3,4
	Chưa đủ tuổi tiêm chủng	163	42,7
	Không tiêm chủng	165	43,2
Sinh non	Có	26	6,8
	Không	356	93,2
Suy dinh dưỡng	Có	11	2,9
	Không	371	97,1
Bệnh lý nền	Có	31	8,1
	Không	351	91,9

Tuổi trung vị của nhóm nghiên cứu là 2,5 tháng tuổi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 19 ngày tuổi và lớn nhất là 116 tháng. Nhóm trẻ < 4 tháng chiếm 75,7% (289/382) cao hơn nhóm ≥ 4 tháng là 24,3% (93/382), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tỷ lệ trẻ nam mắc bệnh ho gà cao hơn trẻ nữ (nam/nữ ≈ 1,23/1).



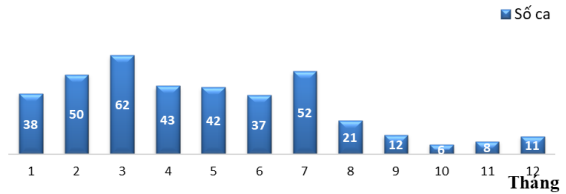
Hình 3.1: Loại vắc xin và số mũi tiêm chủng (n=54)

Trẻ mắc ho gà hầu hết chưa được tiêm chủng chiếm 85,9% (328/382), trong đó 43,2% (165/382) trẻ đã đủ tuổi tiêm chủng mà chưa được tiêm chủng vắc xin này. Trong 14,1% (54/382) trẻ đã được tiêm chủng thì chủ yếu trẻ mới được tiêm 1 mũi vắc xin phòng ho gà chiếm 83,3% (45/54).



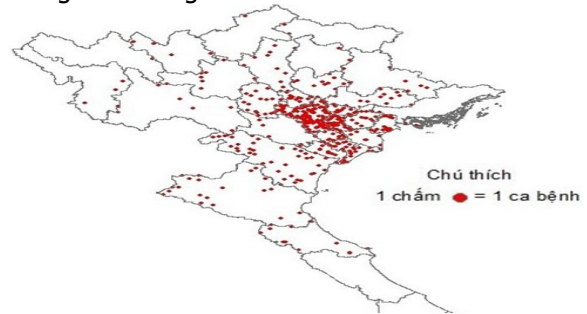
Hình 3.2: Nguồn phơi nhiễm (n=36)

Qua bảng 3.1 và hình 3.2: nghiên cứu chỉ xác định được nguồn phơi nhiễm của 3,4% (13/382) số ca, nghi ngờ nguồn phơi nhiễm của 6% (23/382) số ca, phần lớn số ca ho gà (90,6%) không xác định được nguồn phơi nhiễm.



Hình 3.3: Phân bố bệnh theo các tháng trong năm (n=382)

Số ca mắc ho gà rải rác quanh năm, tuy nhiên bệnh có xu hướng thấp hơn trong các tháng mùa đông.



Hình 3.4: Bản đồ phân bố ca bệnh ho gà (n=382)

Trẻ mắc bệnh ho gà chủ yếu đến từ các tỉnh miền Bắc và Bắc Trung bộ, trong đó tập trung chủ yếu tại các tỉnh phía Đông Bắc đặc biệt tập trung cao nhất tại Hà Nội (90 ca).

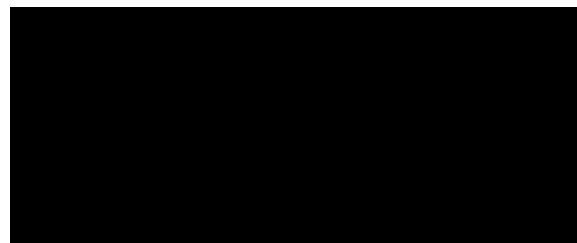
3.2. Xác định tỷ lệ trẻ mắc bệnh ho gà bằng kỹ thuật Real-time PCR

Bảng 3.2: Ngày làm xét nghiệm và giá trị Ct của xét nghiệm Real-time PCR ho gà (n=382)

	X±SD	Min	Max	Mode
Ngày xét nghiệm Real-time PCR ho gà	12,4±7,0	2	51	10
Ct	25,4±6,1	11,9	38,0	

Ct: Giá trị chu kỳ ngưỡng (Cycle threshold)

Ngày xét nghiệm Real-time PCR ho gà hay gặp nhất là ngày thứ 10, trung bình là ngày thứ 12,4, ngày xét nghiệm muộn nhất cho kết quả dương tính là ngày thứ 51. Giá trị Ct trung bình là 25,4 chu kỳ, giá trị dương tính thấp nhất có thể phát hiện được là 11,9 chu kỳ.



Hình 3.5: Diễn biến của chu kỳ ngưỡng theo thời gian

Phân tích hồi quy tuyến tính (hình 3.6) ta thấy:
+ Tương quan đồng biến giữa ngày xét nghiệm Real-time PCR ho gà và giá trị Ct. Khi ngày bệnh tăng lên 1 ngày thì giá trị Ct tăng lên trung bình 0,21 - 0,38 chu kỳ.

+ $R^2 = 0,11 \rightarrow R = 0,332 > 0,33$. Như vậy, có mối liên quan nhẹ giữa giá trị Ct và ngày xét nghiệm Real-time PCR ho gà. Ngày bệnh chỉ giúp giải thích được 11,0% sự thay đổi của giá trị Ct, nghĩa là còn các yếu tố khác ảnh hưởng đến giá trị Ct.

3.3. Tình trạng bội nhiễm của bệnh nhi ho gà

Bảng 3.3: Tình trạng bội nhiễm căn nguyên vi sinh khác (n=382)

Tình trạng bội nhiễm	Căn nguyên	Số lượng (%)	Tổng số (%)
Bội nhiễm	Vi rút	RSV	36
		Cúm	8
		Sởi	6
		Rhinovirus	4
		Adenovirus	4
		CMV	4
		Các vi rút khác	3
	Vi khuẩn	H. Influenza	12
		S. pneumonia	10
		S. aureus	9
		M. pneumonia	4
		A. baumannii	1
		S. marcescens	1
		Các vi khuẩn khác	4
	Nấm	Candida Albican	1
Không bội nhiễm			292 (76,4)
Tổng số			382 (100)

Có 23,6% (90/382) số trẻ mắc ho gà có bội nhiễm các căn nguyên vi sinh vật khác, trong đó chủ yếu là bội nhiễm vi rút 70,0% (63/90), vi khuẩn 40,0% (36/90) và nấm là 1,1% (1/90). Đặc biệt, có 17,8% (16/90) số trẻ bội nhiễm ít nhất 2 căn nguyên vi sinh vật.

Bảng 3.4: Tỷ lệ bội nhiễm theo nhóm tuổi (n=382)

Tình trạng bội nhiễm	< 4 tháng		≥ 4 tháng		p
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Bội nhiễm	63	21,8	27	23,6	> 0,05
Không bội nhiễm	226	78,2	66	76,4	
Tổng số	289	100	93	100	

Tỷ lệ bội nhiễm ở các nhóm tuổi là như nhau (p > 0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.

Trẻ mắc ho gà tập trung dưới 4 tháng tuổi chiếm 75,7% (289/382). Tỷ lệ này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Đỗ Thiện Hải và cộng sự trong giai đoạn năm 2012 – 2014, tỷ lệ trẻ sơ sinh đến 3 tháng là 78,7% [7], phù hợp với tác giả Phạm Thái Sơn nghiên cứu 139 trẻ mắc ho gà điều trị tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 cũng thấy nhóm trẻ dưới 3 tháng tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (72,66%) với tuổi trung vị là 2,1 tháng tuổi (IQR: 1,48-3,15) [8]. Tác giả Juana del Valle-Mendoza và cộng sự nghiên cứu 88 trẻ mắc ho gà dưới 5 tuổi ở Peru trong giai đoạn 2016-2017 cho thấy nhóm trẻ mắc ho gà dưới 3 tháng tuổi chiếm 80,5% [9]. Nhóm trẻ dưới 2 tháng tuổi chưa được tiêm phòng vắc xin và nhóm trẻ từ 2 tháng được tiêm mũi vắc xin cơ bản đầu tiên chưa đủ khả năng miễn dịch bảo vệ, trong khi đó miễn dịch của mẹ với bệnh ho gà thường thấp không đủ giúp trẻ phòng được bệnh này trong giai đoạn đầu đời [10]. Vì vậy, các biện pháp phòng bệnh hiện nay tập trung nhiều vào việc hạn chế tỷ lệ mắc của nhóm trẻ này như một số khuyến cáo cho rằng nên tiêm phòng vắc xin ho gà (vắc xin Tdap) cho bà mẹ mang thai sau 20 tuần hoặc sau 27 tuần giúp làm tăng nồng độ kháng thể trong máu mẹ và từ đó làm tăng lượng kháng thể truyền cho con, giúp làm giảm tỷ lệ mắc bệnh ho gà cho trẻ nhỏ.

Tỷ lệ trẻ chưa được tiêm phòng vắc xin ho gà là 85,9% (328/382), tương đồng với kết quả của tác giả Đỗ Thiện Hải và cộng sự (89,8%) [7], tác giả Phạm Thái Sơn và cộng sự (85,6%) [8]. Tại Trung Quốc, tác giả Limin Kang báo cáo 75,3% (171/227) trẻ mắc ho gà chưa được tiêm chủng, trong đó có 26,3% (45/171) trẻ ≥ 3 tháng tuổi không được tiêm vắc xin. Tỷ lệ trẻ chưa đến tuổi tiêm chủng (dưới 2 tháng tuổi tính đến thời điểm khởi phát bệnh) trong nghiên cứu là 42,7% (163/382), ngoài ra có 43,2% (165/382) trẻ dù đã đủ tuổi tiêm phòng vắc xin ho gà nhưng trẻ chưa được cho tiêm, nghiên cứu đã ghi nhận được một số lý do gia đình chưa cho trẻ tiêm chủng như: do tâm lý của bố mẹ e ngại tác dụng không mong muốn của vắc xin ho gà toàn tế bào (wPV) nên không đưa trẻ đi tiêm hoặc muốn chờ các cơ sở tiêm chủng có vắc xin ho gà vô bào (aPV) mới cho trẻ tiêm; có những thời điểm các cơ sở y tế bị ngắt quãng cung ứng vắc xin 5/1 (cả loại chứa wPV hoặc aPV); ngoài ra, một số trẻ có bệnh lý nền, hoặc hay ốm vặt nên bỏ lỡ lịch tiêm chủng,...

Kết quả nghiên cứu xác định được nguồn phơi nhiễm của nghiên cứu tương tự kết quả của

tác giả khác, với nguồn phơi nhiễm thường gặp nhất cũng là từ mẹ [9]. Như vậy, chiến lược tiêm phòng cho những người thân xung quanh có tiếp xúc với trẻ, đặc biệt là bà mẹ có thể gián tiếp giúp bảo vệ trẻ nhỏ khỏi nguồn phơi nhiễm bệnh. Tuy nhiên, chiến lược này cũng khó thực hiện và gây tốn kém.

Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy, trẻ nam mắc ho gà cao hơn trẻ nữ với tỷ lệ 1,23/1 (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$), kết quả này cũng tương đồng tác giả khác. Tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ trai cao hơn trẻ gái có thể do tuổi mắc bệnh chủ yếu là dưới 1 tuổi, ở nhóm tuổi này trong quần thể tỷ lệ trẻ trai cũng thường cao hơn trẻ gái.

Bệnh ho gà xảy ra rải rác quanh năm, trong đó tỷ lệ mắc bệnh cao vào nửa đầu năm, giai đoạn mùa xuân và mùa hạ, giảm hơn trong giai đoạn mùa thu đông. Trẻ mắc ho gà điều trị tại bệnh viện Nhi Trung ương đến từ hầu khắp các tỉnh phía bắc từ Hà Tĩnh trở ra. Kết quả này tương đồng với kết quả của Đỗ Thiện Hải và cộng sự trong giai đoạn năm 2012 - 2014 [7]. Điều này cũng phù hợp với đặc tính sinh học của vi khuẩn ho gà là nhiệt độ thích hợp nhất cho sự phát triển của vi khuẩn là 35 - 37°C, vì vậy bệnh có xu hướng ít phát triển trong giai đoạn mùa thu đông với nền nhiệt độ thấp.

4.2. Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm ho gà và tình trạng bội nhiễm với vi rút và vi khuẩn. Thời gian xét nghiệm Real-time PCR ho gà của nhóm nghiên cứu chủ yếu nằm trong khoảng từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 28 của bệnh (chiếm 95,5%), thường gặp nhất là 10 ngày và trung bình là 12,4 ngày. Trường hợp phát hiện được sớm nhất vào ngày thứ 2 của bệnh. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với các khuyến cáo trong y văn về thời gian xét nghiệm Real-time PCR ho gà nên được chỉ định trong khoảng 4 tuần của bệnh, sau thời gian này xét nghiệm Real-time PCR ho gà có khả năng âm tính giả cao. Trong nghiên cứu này, có 1 trường hợp (5 tháng tuổi) xét nghiệm Real-time PCR ho gà dương tính vào ngày thứ 45 và 1 trường hợp (3,5 tháng tuổi) dương tính vào ngày thứ 51. Cả hai trường hợp đều có biểu hiện ho kéo dài khoảng 1,5 tháng, gia đình không đưa trẻ đi khám và trẻ không được sử dụng kháng sinh nhóm Macrolide trước khi nhập viện. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy có sự tương quan tuyến tính giữa ngày bệnh và giá trị Ct của xét nghiệm Real-time PCR ho gà. Tuy nhiên, qua phân tích cho thấy ngày bệnh chỉ giúp giải thích được 11% sự thay đổi của giá trị Ct, nghĩa là còn các yếu tố khác ảnh hưởng đến giá trị Ct của xét nghiệm. Trong nghiên cứu này,

chúng tôi thấy 23,6% (90/382) trẻ có bội nhiễm các căn nguyên vi sinh khác, trong đó phần lớn là bội nhiễm vi rút 70,0% (căn nguyên vi rút thường gây bội nhiễm là RSV, cúm, Rhinovirus, sởi, Adenovirus,...), bội nhiễm vi khuẩn là 40% (trong đó các căn nguyên vi khuẩn thường gặp là *H. influenzae*, *S. Aureus*, *S. Pneumonia*). Ngoài ra, có thể gặp căn nguyên nhiễm khuẩn bệnh viện như *Acinetobacter*, trực khuẩn mủ xanh, *Serratia marcescens*...). Báo cáo của Đỗ Thiện Hải và cộng sự năm 2016 cho thấy tỷ lệ đồng nhiễm là 20,3% [7].

V. KẾT LUẬN

Phần lớn trẻ mắc ho gà nhập viện là trẻ dưới 4 tháng tuổi, và trẻ dưới 2 tháng chưa đến tuổi tiêm phòng, tỷ lệ trẻ trai mắc bệnh cao hơn trẻ gái. Trẻ mắc ho gà chủ yếu bội nhiễm căn nguyên vi rút. Kỹ thuật real-time PCR có ý nghĩa trong chẩn đoán sớm bệnh nhi ho gà.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sarah S. Long, Kathryn M. Edwards, Jussi Mertsola (2018). *Bordetella pertussis (Pertussis) and Other Bordetella Species. Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases*. fifth edition, Elsevier, Philadelphia, p 4574-4618.
2. Thành quả chương trình tiêm chủng mở rộng. <<http://www.tiemchungmorong.vn/vi/content/thanh-qua.html>>, accessed: 12/17/2021.
3. Báo cáo tổng kết Tiêm chủng mở rộng năm 2018 - Viện Vệ sinh dịch tễ trung ương.pdf. .
4. Cherry J.D., Tan T., Wirsing von König C.-H., et al. (2012). Clinical Definitions of Pertussis: Summary of a Global Pertussis Initiative Roundtable Meeting, February 2011. *Clin Infect Dis*, 54(12), 1756-1764.
5. Lê Thanh Hải (2020). Bệnh ho gà. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em. Bệnh viện Nhi Trung ương, 262-267.
6. Lanotte P., Plouzeau C., Burucoa C., et al. (2011). Evaluation of Four Commercial Real-Time PCR Assays for Detection of *Bordetella* spp. in Nasopharyngeal Aspirates. *J Clin Microbiol*, 49(11), 3943-3946.
7. Đỗ Thiện Hải, Dương Thị Hồng, Đỗ Thúy Nga, Hoàng Thị Thu Hà H.Y. học dự phòng V. (2016). Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng bệnh ho gà ở trẻ em được chẩn đoán ho gà tại bệnh viện Nhi trung ương, giai đoạn 2012 - 2014. *Tạp chí Y học Dự phòng*, 6(179), 35-41.
8. Phạm Thái Sơn, Trần Ngọc Xuân, Phạm Thị Thuý Dung, Nguyễn Kim Thuý, Lê Việt Cường, Nguyễn Hoàng Phương Anh, Đỗ Châu Việt H.Y. học dự phòng V. (2019). Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị ở bệnh nhi mắc ho gà năm tại viện Nhi Đồng 2, thành phố Hồ Chí Minh năm 2018. *Tạp chí Y học Dự phòng*, 29(11), 69-76.
9. Valle-Mendoza J., Silva-Caso W., Aguilar-Luis M.A., et al. (2018). *Bordetella pertussis* in children hospitalized with a respiratory infection: clinical characteristics and pathogen detection in household contacts. *BMC Res Notes*, 11.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT GIAI ĐOẠN DI CĂN NHẠY NỘI TIẾT BẰNG PHÁC ĐỒ ADT KẾT HỢP DOCETAXEL TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Anh Tú¹, Trần Khắc Hùng¹, Nguyễn Thị Vân¹,
Trần Thị Diệu Huyền¹, Nguyễn Đình Lợi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị và mô tả một số tác dụng không mong muốn của phác đồ ADT kết hợp docetaxel trên bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn di căn nhạy nội tiết tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc tiến hành trên 55 bệnh nhân UTTLT giai đoạn mHSPC được điều trị bằng phác đồ ADT kết hợp docetaxel tại bệnh viện K từ tháng 1/2022 đến hết tháng 8/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 68,2±6,9 tuổi (55-86). Triệu chứng thường gặp nhất là rối loạn tiểu tiện chiếm 38,2%. Tỷ lệ bệnh nhân có điểm Gleason ≥8 chiếm tỷ lệ 90,9%. Tỷ lệ bệnh nhân T4 là 43,6%. Trung vị PSA trước điều trị là 130ng/ml (Khoảng tứ phân vị: 100-804). Tỷ lệ bệnh nhân di căn xương là 92,7%. Tại thời điểm 6 tháng sau khi bắt đầu điều trị có 21,8% bệnh nhân đạt mức PSA <0,2 ng/ml. Tỷ lệ bệnh nhân đạt được mức PSA nadir <0,2 ng/ml là 34,5%. Tại thời điểm 24 tháng sau khi bắt đầu điều trị có 10 bệnh nhân tiến triển thành mCRPC chiếm tỷ lệ 18,2%. Tại thời điểm 6 tháng sau khi bắt đầu điều trị, bệnh nhân có mức PSA <0,2 ng/ml có thời gian sống thêm BKT thành CRPC dài hơn so với các nhóm khác có ý nghĩa thống kê (p=0,002). Nhóm bệnh nhân có mức PSA nadir <0,2 ng/ml có thời gian sống thêm BKT thành CRPC dài hơn so với nhóm bệnh nhân có mức PSA nadir ≥0,2ng/ml có ý nghĩa thống kê (p=0,007). Tỷ lệ thiếu máu độ 1 là 16,4%. Tỷ lệ hạ bạch cầu độ 1 là 27,3%. Tỷ lệ hạ tiểu cầu độ 1 là 18,2%. Tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết chủ yếu là tăng AST/ALT độ 1 chiếm 13,2%. **Kết luận:** Phác đồ điều trị ADT kết hợp docetaxel là một sự lựa chọn điều trị bệnh nhân UTTLT giai đoạn mHSPC đạt được hiệu quả điều trị và dung nạp tốt. Việc theo dõi định kỳ chỉ số PSA giúp đánh giá đáp ứng điều trị và tiên lượng bệnh.

Từ khóa: Ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn di căn nhạy điều trị nội tiết, ADT kết hợp Docetaxel.

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT RESULTS OF METASTATIC HORMONE-SENSITIVE PROSTATE CANCER WITH ADT COMBINED WITH DOCETAXEL AT K HOSPITAL

Objective: To evaluate the treatment outcomes and description of some adverse effects of ADT

combined with docetaxel regimen in patients with metastatic hormone-sensitive prostate cancer at K hospital. **Patients and research methods:** A retrospective descriptive study with longitudinal follow-up was conducted on 55 patients with mHSPC treated with ADT combined with docetaxel at K hospital from January 2022 to the end of August 2024. **Results:** The mean age was 68.2±6.9 years (55-86). The most common symptom was urinary disorder, accounting for 38.2. The proportion of patients with Gleason score ≥ 8 accounted for 90.9%. The proportion of T4 disease accounted for 43.6%. The median PSA before treatment was 130ng/ml (Interquartile range: 100-804). The proportion of patients with bone metastasis was 92.7%. At 6 months after starting treatment, 21.8% of patients achieved PSA <0.2 ng/ml. The proportion of patients achieving PSA nadir <0.2 ng/ml was 34.5%. At 24 months after starting treatment, 10 patients progressed to mCRPC, accounting for 18.2%. At 6 months after starting treatment, patients with PSA levels <0.2 ng/ml had a longer survival time from CRPC than other groups with statistical significance (p=0.002). Patients with PSA nadir levels <0.2 ng/ml had a longer survival time from CRPC than patients with PSA nadir levels ≥0.2 ng/ml with statistical significance (p=0.007). The rate of grade 1 anemia was 16.4%. The rate of grade 1 leukopenia was 27.3%. The rate of grade 1 thrombocytopenia was 18.2%. The main non-hematological adverse effects was grade 1 AST/ALT elevation, accounting for 13.2%. **Conclusion:** ADT combined with docetaxel is a treatment option for patients with mHSPC, achieving effective treatment and good tolerance. Regular monitoring of PSA index helps to evaluate treatment response and prognosis. **Keywords:** Metastatic Hormone-Sensitive Prostate Cancer, Docetaxel in combination with androgen deprivation therapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2022, ung thư tuyến tiền liệt (UTTLT) là loại ung thư phổ biến thứ hai ở nam giới trên toàn thế giới, có 1467854 ca mắc mới và 397430 ca tử vong vì căn bệnh này trong năm 2022.¹

UTTLT là bệnh có tiên lượng tốt nếu được chẩn đoán và điều trị triệt căn ở giai đoạn sớm. Tuy nhiên khi chẩn đoán ở giai đoạn di căn thì bệnh có tiên lượng xấu hơn đáng kể với tỷ lệ bệnh nhân sống sau 5 năm khoảng 35%. Tại Việt Nam, phần lớn bệnh nhân phát hiện bệnh khi đã di căn, điều này tạo nên gánh nặng bệnh tật và chi phí điều trị cho bệnh nhân và xã hội.

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025