

ĐẶC ĐIỂM BỆNH LAO TRẺ EM ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NHI – BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Đinh Văn Lượng¹, Nguyễn Thị Hằng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm về mô hình bệnh lao trẻ em điều trị tại khoa Nhi – Bệnh viện Phổi Trung ương trong 2 năm 2017 và 2018. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nghiên cứu có 407 bệnh nhi, nhóm tuổi gặp nhiều nhất là nhóm dưới 5 tuổi (45,5%) và 36,1% có tiền sử tiếp xúc nguồn lây lao phổi; thời gian phát hiện bệnh thường từ 2 – 4 tuần (31,5%). Trong lao trẻ em, lao phổi chiếm đa số (65,6%) và tỷ lệ được chẩn đoán có bằng chứng vi khuẩn chiếm 37,8% (lao phổi là 42,7% và lao ngoài phổi là 28,6%). Lao trẻ em gặp chủ yếu là lao một cơ quan (72,7%) (trong đó lao phổi 55,1%); lao hai cơ quan là 23,1%; lao 3 cơ quan là 3,9% và có 01 bệnh nhi mắc lao 04 cơ quan. Đối với lao phổi, bằng chứng vi khuẩn được phát hiện từ bệnh phẩm dịch dạ dày (20,6%), tiếp đến là bệnh phẩm đờm (8,6%). Trong chẩn đoán lao trẻ em ở cả nhóm chẩn đoán có bằng chứng vi khuẩn và nhóm chẩn đoán không có bằng chứng vi khuẩn, đối với lao phổi, cặp 2 yếu tố lâm sàng + CDHA thường gặp nhất trên lâm sàng (63,7%) và tương tự với lao ngoài phổi là cặp hai yếu tố lâm sàng + CLS (84,3%). Các cặp yếu tố này có giá trị trong thực hành lâm sàng ra quyết định chẩn đoán lao trẻ em khi không tìm được bằng chứng vi khuẩn.

Từ khóa: Lao trẻ em; lao phổi, lao ngoài phổi.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CHILDREN'S TUBERCULOSIS TREATED AT THE PEDIATRIC DEPARTMENT - NATIONAL LUNG HOSPITAL

Objective: To describe the characteristics of the pediatric tuberculosis model treated at the Pediatrics Department - National Lung Hospital in 2017 and 2018. **Research methodology:** A cross-sectional descriptive study. **Results:** The study included 407 pediatric patients, the most common age group was under 5 years old (45.5%) and 36.1% of the patient had a history of exposure to sources of pulmonary tuberculosis; the time to detect the disease was usually 2-4 weeks (31.5%). In pediatric tuberculosis, pulmonary tuberculosis accounted for the majority (65.6%) and the rate of diagnosis with bacterial evidence accounted for 37.8% (pulmonary tuberculosis was 42.7% and extrapulmonary tuberculosis was 28.6%). Childhood tuberculosis was mainly the tuberculosis of one organ (72.7%) (of which pulmonary tuberculosis accounted for 55.1%);

The tuberculosis in two organs accounted for 23.1%; tuberculosis in three organs was 3.9% and there was 01 child with tuberculosis in 04 organs. For pulmonary tuberculosis, bacterial evidence was detected from gastric fluid specimens accounted for 20.6%, followed by sputum specimens (8.6%). For children's pulmonary tuberculosis in both groups of with and without bacterial evidence, the pair of clinical symptom and diagnostic imaging was most common (63.7%). And for extrapulmonary tuberculosis, the most common pair was clinical symptom and subclinical (84.3%). These pairs of factors were valuable in clinical practice in making decisions to diagnose children's tuberculosis when no bacterial evidence was found.

Keywords: Children's tuberculosis; pulmonary tuberculosis, extrapulmonary tuberculosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao nói chung và lao trẻ em nói riêng hiện nay vẫn đang là vấn đề sức khỏe được quan tâm trên phạm vi toàn cầu. Đối với lao trẻ em, số lượng trẻ được chẩn đoán và điều trị còn rất nhỏ so với con số ước tính của Tổ chức y tế thế giới (WHO) do những thách thức trong việc chẩn đoán bệnh đặc biệt tại những nước có tỉ lệ lưu hành bệnh lao cao. Chẩn đoán lao trẻ em còn nhiều khó khăn do triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, khả năng tìm được bằng chứng vi khuẩn hạn chế, bên cạnh đó việc thu nhận bệnh phẩm để làm xét nghiệm tìm vi khuẩn lao ở trẻ em cũng rất khó khăn, nên việc chẩn đoán hiện nay thường là chẩn đoán lâm sàng.

Việt Nam hiện nay vẫn đang là một nước có dịch tễ bệnh lao cao, xếp thứ 11 trong 30 nước có gánh nặng bệnh nhân lao và lao đa kháng thuốc cao nhất trên toàn cầu. Chương trình chống lao Quốc gia (CTCLQG) đã triển khai rất nhiều các hoạt động nhằm tăng cường khả năng phát hiện, chẩn đoán và điều trị bệnh lao với mục tiêu thanh toán bệnh lao vào năm 2035. Các hoạt động nhằm tăng cường phát hiện lao trẻ em đã và đang được triển khai rộng khắp trên cả nước với mục tiêu tăng thu dung số ca bệnh lao trẻ em được chẩn đoán và điều trị. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu là mô tả các đặc điểm về mô hình bệnh lao trẻ em điều trị tại khoa Nhi – Bệnh viện Phổi Trung ương trong 2 năm 2017 và 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

2.1.1. Địa điểm. Khoa Nhi, Bệnh viện Phổi

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hằng

Email: hangnhi16382@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025

Ngày duyệt bài: 27.6.2025

Trung ương

2.1.2. Thời gian nghiên cứu. Từ 01/01/2017 đến 31/12/2018

2.2. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán, điều trị bệnh lao theo hướng dẫn của Chương trình Chống lao quốc gia tại khoa Nhi – Bệnh viện Phổi Trung ương.

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Từ 15 tuổi trở xuống.
- Được chẩn đoán và điều trị bệnh lao trẻ em theo hướng dẫn của Chương trình Chống lao quốc gia tại khoa Nhi – Bệnh viện Phổi Trung ương.

Chẩn đoán lao phổi trẻ em khi thỏa mãn 1 trong 2 điều kiện sau:

(1) Trẻ có triệu chứng nghi lao phổi và tìm được bằng chứng vi khuẩn (VK) lao từ các loại bệnh phẩm đờm, dịch dạ dày, dịch phế quản, phân bằng phương pháp nhuộm soi trực tiếp, sinh học phân tử (SHPT), nuôi cấy.

(2) Trẻ có triệu chứng nghi lao phổi nhưng không tìm được bằng chứng vi khuẩn thì chẩn đoán dựa vào ba yếu tố:

* Tiền sử tiếp xúc với nguồn lây lao trong vòng 1 năm trở lại.

* Triệu chứng lâm sàng nghi lao (không đáp ứng với điều trị thông thường).

* Hình ảnh tổn thương trên Xquang phổi/ CT ngực nghi lao.

→ Chẩn đoán lao phổi khi trẻ có ít nhất 2 trong 3 yếu tố trên.

Chẩn đoán lao ngoài phổi trẻ em khi thỏa mãn một trong hai điều kiện sau:

(1) Trẻ có triệu chứng nghi lao ngoài phổi và tìm được bằng chứng vi khuẩn lao từ các loại bệnh phẩm thu nhận được tùy theo cơ quan bị bệnh bằng phương pháp nhuộm soi trực tiếp, SHPT, nuôi cấy.

(2) Trẻ có triệu chứng nghi lao ngoài phổi nhưng không tìm được bằng chứng vi khuẩn thì chẩn đoán dựa vào ba yếu tố:

* Có tiền sử tiếp xúc với nguồn lây lao trong vòng 1 năm.

* Triệu chứng lâm sàng nghi lao (tùy theo từng bộ phận bị lao).

* Dấu hiệu nghi lao trên phim chụp Xquang, siêu âm tùy theo bộ phận bị lao (cần chụp cả Xquang phổi, nếu thấy có tổn thương nghi lao trên phim chụp phổi rất có giá trị hỗ trợ cho chẩn đoán lao ngoài phổi).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Lao có bằng chứng VK (n=154)		Lao không có bằng chứng VK (n=253)		Tổng (n=407)	p
	n	%	n	%		

→ Quyết định chẩn đoán lao ngoài phổi khi trẻ có ít nhất 2 trong 3 yếu tố trên.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3.2. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

- Cỡ mẫu: tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian tiến hành nghiên cứu sẽ được chọn tham gia vào nghiên cứu.

- Kỹ thuật chọn mẫu: chọn toàn bộ bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn đưa vào nghiên cứu.

2.4. Nội dung nghiên cứu. Bệnh nhi được chẩn đoán, điều trị bệnh lao, đánh giá kết quả điều trị theo Hướng dẫn của CTCLQG, phân thành các nhóm:

- Phân nhóm tuổi:

- Tuyển chuyển bệnh nhân: tự đến, huyện, tỉnh, trung ương.

- Tiền sử tiếp xúc nguồn lây lao phổi.

- Thời gian bị bệnh:

- Chẩn đoán: Lao phổi; lao ngoài phổi; Chẩn đoán bệnh lao có bằng chứng VK, không có bằng chứng VK.

- Số cơ quan bị lao:

- Kết quả tìm bằng chứng VK lao trong các loại bệnh phẩm.

- Kết quả chẩn đoán lao phổi trẻ em theo các yếu tố: Lâm sàng, nguồn lây, chẩn đoán hình ảnh (CĐHA) (tổn thương nghi lao trên phim Xquang/ CT ngực).

- Kết quả chẩn đoán lao ngoài phổi trẻ em theo các yếu tố: Lâm sàng, nguồn lây, cận lâm sàng (CLS) (các tổn thương nghi lao trên Xquang/CT/MRI/Siêu âm/Nội soi; mô bệnh/tế bào; biến đổi sinh hóa, tế bào dịch các màng)

2.5. Xử lý số liệu

- Thu thập thông tin dựa trên bệnh án nghiên cứu

- Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 25.0.

2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.

Việc thu thập số liệu trong nghiên cứu được sự đồng ý của đơn vị quản lý (Bệnh viện Phổi Trung ương). Thông tin của bệnh nhi tham gia vào nghiên cứu được giữ bảo mật. Số liệu nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích khoa học.

< 5 tuổi	63	40,9	122	48,2	185 (45,5%)	0,1508
5 - < 10 tuổi	27	17,5	71	28,1	98 (24,1%)	0,0159
10 – 15 tuổi	64	41,6	60	23,7	124 (30,4%)	0,0001

Nhận xét: Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là < 5 tuổi (45,5%) ở cả nhóm được chẩn đoán có bằng chứng VK và nhóm chẩn đoán không có bằng chứng VK. Nhóm 5 - < 10 tuổi và 10 -15 tuổi có sự khác biệt ở hai nhóm chẩn đoán lao và sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0.05$.

Bảng 3.2. Tiền sử tiếp xúc nguồn lây

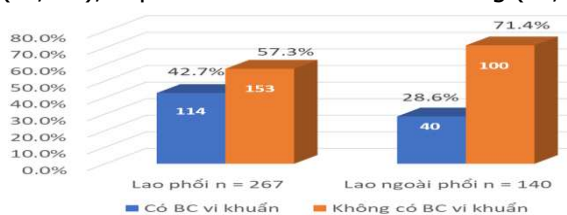
Tiền sử tiếp xúc nguồn lây lao phổi	Lao có bằng chứng VK (n=154)		Lao không có bằng chứng VK (n=253)		Tổng (n=407)	p
	n	%	n	%		
Có	57	37,0	90	35,6	147 (36,1%)	0,7693
Không	97	63,0	163	64,4	260 (63,9%)	

Nhận xét: Có 36,1% bệnh nhi lao có tiền sử tiếp xúc với nguồn lây lao phổi và ở hai nhóm là tương đương nhau.

Bảng 3.3. Thời gian phát hiện bệnh

Thời gian phát hiện bệnh	Lao có bằng chứng VK (n=154)		Lao không có bằng chứng VK (n=253)		Tổng (n=407)	p
	n	%	n	%		
< 2 tuần	28	18,2	58	22,9	86 (21,1%)	0,2556
2-4 tuần	51	33,1	77	30,4	128 (31,5%)	0,5719
1-2 tháng	31	20,1	55	21,7	86 (21,1%)	0,6997
2-6 tháng	28	18,2	52	20,6	80 (19,7%)	0,5593
> 6 tháng	16	10,4	11	4,4	27 (6,6%)	0,0175

Nhận xét: Thời gian từ khi có triệu chứng đến khi được chẩn đoán bệnh nhiều nhất là từ 2- 4 tuần (32,5%); tiếp đó là < 2 tuần và từ 1-2 tháng (21,1%) và có 6,6% chẩn đoán muộn sau > 6 tháng.



Biểu đồ 3.1: Chẩn đoán bệnh lao theo có và không có BC vi khuẩn

Nhận xét: Trong nghiên cứu, tỉ lệ lao phổi chiếm 65,6%; có bằng chứng vi khuẩn là 42,7%. Lao ngoài phổi chiếm 34,4%; có bằng chứng vi khuẩn là 28,6%.

Bảng 3.4. Phân loại theo số cơ quan bị lao

Số lượng	Lao có bằng chứng VK n=154		Lao có bằng chứng VK n=253		Tổng $\Sigma n = 407$	
	n	%	n	%	n	%
Lao 1 cơ quan (n = 296; 72,7%)						
Phổi	59	60,2	104	52,5	163	55,1
Hạch	12	12,2	38	19,2	50	16,9
Cột sống (CS)	8	8,2	13	6,6	21	7,1
Xương khớp (XK)	6	6,1	15	7,6	21	7,1
Màng phổi (MP)	3	3,1	14	7,1	17	5,7
Màng não (MN)	7	7,1	9	4,5	16	5,4
Lao một cơ quan khác	3	3,1	5	2,5	8	2,7
Phổi hợp 2 cơ quan (n = 94; 23,1%)						
Phổi + Màng phổi	8	17,8	25	51,0	33	35,1
Phổi + Hạch	12	26,7	7	14,3	19	20,2
Phổi + Màng não	15	33,3	3	6,1	18	19,1
Phổi + Xương khớp	2	4,4	5	10,2	7	7,4
Phổi + Cột sống	0	0,0	1	2,0	1	1,1
Phổi + Khác	7	15,6	4	8,2	11	11,7
Lao 2 cơ quan khác	1	2,2	4	8,2	5	5,3
Phổi hợp 3 cơ quan (n = 16; 3,9%)						
Phổi + 2 cơ quan khác	11	100	4	80,0	15	93,8
Lao 3 cơ quan khác	0	0,0	1	20,0	1	6,3

Phôi hợp 4 cơ quan (n = 1; 0,3%)						
Hạch + MP + CS + XK	0	0,0	1	100	1	100

Nhận xét: Trong lao trẻ em thì lao một cơ quan chiếm tỉ lệ cao nhất (72,7%); tỉ lệ này ở nhóm không có bằng chứng VK cao hơn và chủ yếu là lao phổi (55,1%). Lao phổi hợp 2 cơ quan là 23,1%; đa số là lao phổi phổi hợp với cơ quan khác (94,7%). Lao phổi hợp từ 3 cơ quan trở lên chiếm 4,2%; lao phổi phổi hợp với lao cơ quan khác là chủ yếu (88,2%).

Bảng 3.5. Kết quả XN tìm bằng chứng VK các loại bệnh phẩm theo thể lao

Bệnh phẩm	Kết quả	Lao phổi (n=267)		Lao ngoài phổi (n=140)	
		n	%	n	%
Đờm	Có bằng chứng VK	23	8,6	0	0,0
	Không có bằng chứng VK	8	3,0	1	0,7
Dịch dạ dày	Có bằng chứng VK	55	20,6	8	5,7
	Không có bằng chứng VK	125	46,8	74	52,9
Dịch phế quản	Có bằng chứng VK	6	2,2	0	0,0
	Không có bằng chứng VK	1	0,4	0	0,0
Khác (Dịch màng phổi, dịch não tủy, mủ hạch, mủ áp xe, dịch màng bụng,...)	Có bằng chứng VK	11	4,1	26	18,6
	Không có bằng chứng VK	0	0,0	1	0,7

Nhận xét: Trong chẩn đoán lao phổi trẻ em, bằng chứng vi khuẩn chủ yếu được phát hiện từ bệnh phẩm dịch dạ dày (20,6%), tiếp đến là bệnh phẩm đờm (8,6%). Trong lao ngoài phổi, bằng chứng vi khuẩn được tìm thấy nhiều nhất trong nhóm bệnh phẩm khác (18,6%).

Bảng 3.6. Chẩn đoán lao phổi ở trẻ em theo hướng dẫn của CTCLQG

Tiêu chuẩn chẩn đoán	Lao phổi có bằng chứng VK (n=114)		Lao phổi không có bằng chứng VK (n=153)		Tổng (n=267)		p
	n	%	n	%	n	%	
Lâm sàng + Nguồn lây + CDHA	36	31,6	53	34,6	89	33,3	0,5996
Lâm sàng + CDHA	77	67,5	93	60,8	170	63,7	0,256
Nguồn lây + CDHA	1	0,9	7	4,6	8	3,0	-
Lâm sàng + Nguồn lây	0	0	0	0	0	0	-

Nhận xét: Chẩn đoán lao phổi trẻ em dựa trên 3 yếu tố thì tổ hợp các cặp yếu tố là:

- Lâm sàng + CDHA: chiếm tỉ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm là 63,7%.
- Lâm sàng + CDHA + nguồn lây: chiếm 33,3%.
- Không có sự khác biệt có ý nghĩa về các cặp yếu tố chẩn đoán lao phổi ở hai nhóm.

Bảng 3.7. Chẩn đoán lao ngoài phổi ở trẻ em theo hướng dẫn của CTCLQG

Tiêu chuẩn chẩn đoán	Lao ngoài phổi trong nhóm 1 (n=40)		Lao ngoài phổi trong nhóm 2 (n=100)		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Lâm sàng + Nguồn lây + CLS	9	22,5	13	13,0	22	15,7	0,163
Lâm sàng + CLS	31	77,5	87	87,0	118	84,3	0,163
Lâm sàng + Nguồn lây	0	0	0	0	0	0	-
Nguồn lây + CLS	0	0	0	0	0	0	-
Tổng	40	100	100	100	140	100	-

Nhận xét: Chẩn đoán lao ngoài phổi trẻ em dựa trên 3 yếu tố thì tổ hợp các cặp yếu tố là:

- Cặp 2 yếu tố LS + CLS: chiếm tỉ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm 84,3%.
- Cặp cả 3 yếu tố LS + CLS + NL: 15,7%.
- Không có sự khác biệt có ý nghĩa về các cặp yếu tố chẩn đoán ở hai nhóm.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 407 trẻ được chia thành hai nhóm: nhóm chẩn đoán có bằng chứng VK (154 bệnh nhi); nhóm chẩn đoán

không có bằng chứng VK (253 bệnh nhi).

Độ tuổi gặp nhiều nhất là nhóm dưới 5 tuổi (45,5%) và không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Kết quả của nghiên cứu tương tự với kết quả của Vukugah TA và cs (2022), Moon TD và cs (2019) cùng nhiều tác giả khác, lao trẻ em dưới 5 tuổi chiếm đa số (từ 41-54,1%) [1,2]. Trong nghiên cứu, tỷ lệ mắc lao ở nhóm 5 - < 10 tuổi và 10 - 15 tuổi chiếm tỷ lệ thấp hơn và có sự khác biệt giữa hai nhóm chẩn đoán lao có bằng chứng VK và không có bằng chứng VK, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Nghiên cứu có 36,1% trẻ mắc lao có tiền sử tiếp xúc nguồn lây lao phổi và không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Tác giả Hoàng Thanh Vân (2011) có 42,7% bệnh nhi lao phổi có tiền sử tiếp xúc với nguồn lây lao 36,5% [3]. Trong nghiên cứu của Silva JB và cs (2021) có 30/46 bệnh nhi (65,2%) được phát hiện bệnh lao thông qua quá trình sàng lọc tiếp xúc nguồn lây [4].

Thời gian phát hiện bệnh lao trẻ em chủ yếu từ 2 - <4 tuần (31,5%); thời gian < 2 tuần và từ 1- 2 tháng cùng chiếm 21,1%; có 6,6% bệnh nhi lao được đưa đến khám muộn sau 6 tháng vì thể việc điều trị bị kéo dài và có nguy cơ để lại di chứng hay gặp trong lao cột sống và lao xương khớp. Bệnh nhi đến muộn gặp ở nhóm chẩn đoán lao có bằng chứng VK cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không có bằng chứng VK (10,4% và 4,4%). Kết quả nghiên cứu này tương tự kết quả của tác giả Hoàng Thanh Vân (2011), thời gian phát hiện bệnh lao phổi ở trẻ em từ 2 tuần đến 2 tháng (53,1%); từ 2 đến 6 tháng là 22,9%; dưới 2 tuần là 18,2% và trên 6 tháng là 5,8% [3]. Theo tác giả Silva JB và cs (2021) thời gian phát hiện bệnh trung bình ở lao trẻ em là 2 tuần [4].

Lao phổi có 267/407 bệnh nhi (65,6%) (lao phổi có bằng chứng VK là 114/267 bệnh nhi và lao phổi không có bằng chứng VK 153/267 bệnh nhi). Lao ngoài phổi có 140/407 bệnh nhi (34,4%) (có bằng chứng VK là 40/140 bệnh nhi, không có bằng chứng VK là 100/140 bệnh nhi). Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với nhiều kết quả nghiên cứu khác về lao trẻ em cho thấy trong lao trẻ em gặp chủ yếu là lao phổi (67,4% – 86,8%) [5]. Kết quả nghiên cứu của tác giả Vukugah TA và cs (2022), trong số 610 lao nhi thì có 433 là lao phổi và 245/433 (56,6%) lao phổi có bằng chứng vi khuẩn, 188/433 (43,4%) lao phổi được chẩn đoán bằng lâm sàng [1].

Trên một bệnh nhi có thể gặp lao đơn thuần một cơ quan cũng có thể gặp lao nhiều cơ quan. Trong nghiên cứu, lao một cơ quan chiếm 72,7%; chủ yếu là lao phổi chiếm 55,1%; tiếp đến là lao hạch 19,6%. Lao phổi hợp hai cơ quan chiếm 23,1%; đa số lao lao phổi phổi hợp với lao một cơ quan khác (94,7%). Lao phổi hợp từ ba cơ quan trở lên chiếm 4,2% và chủ yếu là lao phổi phổi hợp với lao các cơ quan khác (88,2%). Trong nhóm bệnh lao có bằng chứng VK có 63,6% bệnh nhi ở có lao một cơ quan; 29,2% lao phổi hợp 2 cơ quan và lao phổi hợp từ 3 cơ quan trở lên là 7,1%. Nhóm bệnh lao không có bằng chứng VK thì tỉ lệ lao một cơ quan cao hơn (78,3%); lao hai cơ quan là 19,4% và có 2,3% có tổn thương lao từ ba cơ quan trở lên.

Vì khả năng tìm được bằng chứng vi khuẩn

lao ở trẻ em thấp nên để tăng cường chẩn đoán lao trẻ em có bằng chứng vi khuẩn thì WHO (2022) [6] và Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao cập nhật năm 2024 của CTCLQG [7] đã khuyến cáo nên chỉ định đồng thời nhiều kỹ thuật xét nghiệm tìm vi khuẩn lao trên một mẫu bệnh phẩm. Nghiên cứu đã tiến hành thu thập tất cả các mẫu bệnh phẩm có thể trên cùng một bệnh nhi và tiến hành xét nghiệm. Nhóm bệnh nhi lao phổi tìm được bằng chứng VK là 114/267 bệnh nhi (42,7%) nhiều nhất trong bệnh phẩm dịch dạ dày (55 bệnh nhi) tiếp đến là bệnh phẩm đờm (23 bệnh nhi). Nhóm bệnh nhi lao ngoài phổi tìm được bằng chứng VK 40/140 bệnh nhi (28,6%) trong đó ở bệnh phẩm khác (dịch màng phổi, dịch não tủy, mủ áp xe,...) có 26 bệnh nhi, dịch dạ dày 08 bệnh nhi.

Kết quả bảng 3.6 cho thấy, trong chẩn đoán lao phổi trẻ em tình huống hay gặp nhất là cặp hai yếu tố lâm sàng + CDHA chiếm 63,7% (67,5% và 60,8%), tiếp đến là sự xuất hiện của cả 3 yếu tố lâm sàng + nguồn lây + CDHA chiếm 33,3% (31,6% và 34,6%). Tần xuất xuất hiện của cặp 2 trên 3 yếu tố nguồn lây + CDHA trong thực hành lâm sàng để đưa ra kết luận chẩn đoán ca bệnh lao phổi trẻ em là rất thấp. Không gặp tình huống lâm sàng đưa ra kết luận chẩn đoán lao phổi trẻ em chỉ dựa vào 2 yếu tố lâm sàng + nguồn lây mà không có hình ảnh tổn thương trên phim Xquang ngực hoặc CT scan ngực. Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm. Như vậy, trong thực hành lâm sàng sự kết hợp của hai yếu tố lâm sàng và hình ảnh tổn thương nghi lao trên phim Xquang/CT scan ngực có giá trị để đưa ra quyết định chẩn đoán ca bệnh lao phổi trẻ em đặc biệt là tại tuyến y tế cơ sở.

Kết quả của một số nghiên cứu khác về lao trẻ em cũng đã cho thấy vai trò của yếu tố lâm sàng và hình ảnh tổn thương Xquang ngực trong việc ra quyết định chẩn đoán lao phổi ở trẻ em khi không có bằng chứng vi khuẩn. Tác giả Marais BJ và cs (2006) khi sàng lọc 428 bệnh nhi có triệu chứng ho kéo dài trên 2 tuần không đáp ứng với điều trị kháng sinh thì có 46,0% bệnh nhi được chẩn đoán và điều trị lao phổi, trong đó 48,7% có bằng chứng VK; 31% được chẩn đoán bằng hình ảnh tổn thương trên phim Xquang ngực và 13,2% được chẩn đoán dựa vào lâm sàng và hình ảnh tổn thương trên Xquang ngực nghi ngờ [8].

Chẩn đoán lao ngoài phổi (140 bệnh nhi), ở cả hai nhóm thì tình huống ra quyết định nhiều nhất vẫn là cặp 2 yếu tố lâm sàng + cận lâm sàng (84,3%); tiếp đến sự có mặt của cả 3 yếu tố lâm sàng + nguồn lây + cận lâm sàng (15,7%). Trong

đó, cận lâm sàng với nhóm lao ngoài phổi được tính bao gồm CDHA tùy theo cơ quan bị bệnh (Xquang, siêu âm, CT scan, MRI), xét nghiệm sinh hóa, tế bào dịch các màng, kết quả mô bệnh (tùy theo cơ quan bị bệnh). Kết quả này chỉ ra rằng trong 3 yếu tố cần để chẩn đoán bệnh lao trẻ em thì sự xuất hiện của cả 3 yếu tố hoặc cặp 2 yếu tố lâm sàng + CLS là có ý nghĩa nhất trong thực hành lâm sàng. Đối với lao ngoài phổi lâm sàng là yếu tố chỉ điểm, CLS là yếu tố quyết định đưa ra kết luận chẩn đoán ca bệnh.

V. KẾT LUẬN

Trong lao trẻ em, nhóm dưới 5 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 45,5% và 36,1% trẻ có tiền sử tiếp xúc nguồn lây. Lao trẻ em chủ yếu là lao phổi (65,6%); tỷ lệ chẩn đoán có bằng chứng VK chiếm 37,8%; và đa số là lao một cơ quan (55,1%). Bệnh phẩm tìm được bằng chứng VK lao nhiều nhất là dịch dạ dày. Kết quả chẩn đoán lao trẻ em cho thấy, đối với lao phổi, cặp 2 yếu tố lâm sàng + CDHA thường gặp nhất (63,7%) và với lao ngoài phổi là cặp hai yếu tố lâm sàng + cận lâm sàng (84,3%). Các cặp yếu tố này có giá trị trong thực hành lâm sàng ra quyết định chẩn đoán lao trẻ em khi không tìm được bằng chứng VK.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vukunah TA, Akoku DA, Tchoupa MM, Lambert E.** Epidemiology of Pediatric Tuberculosis and Factors Associated with Unsuccessful Treatment Outcomes in the Centre Region of Cameroon: A Three-Year Retrospective Cohort Study. *Interdiscip Perspect Infect Dis.* 2022;

2236110. doi:10.1155/2022/223611. Published August 24, 2022. Accessed May 22, 2023.

2. **Moon TD, Nacarapa E, Verdu ME, et al.** Tuberculosis Treatment Outcomes Among Children in Rural Southern Mozambique: A 12-year Retrospective Study. *Pediatr Infect Dis J.* 2019;38(10): 999-1004. doi:10.1097/inf.0000000000002435. Published October, 2019. Accessed June 22, 2022.
3. **Hoàng Thanh Vân.** Nhiễm cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng lao phổi trẻ em và tính kháng thuốc của vi khuẩn. Luận án tiến sĩ y học. 2011. Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Silva JB, Santos JC, Barbosa L, Carvalho I.** Tuberculosis in the paediatric age group: a reflection on transmission. *An Pediatr (Enl Ed).* 2021;94(6): 403-411. doi:10.1016/i.anpede.2020.12.002. Published December 25, 2020. Accessed August 22, 2022.
5. **Alavi SM, Salmanzadeh S, Bakhtivariviva P, et al.** Prevalence and treatment outcome of pulmonary and extrapulmonary pediatric tuberculosis in southwestern Iran. *Caspian J Intern Med.* 2015;6(5):213-219. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26644895/>. Published September 1, 2015. Accessed June 22, 2022.
6. **WHO.** WHO consolidated guidelines on tuberculosis: Module 5: Management of tuberculosis in children and adolescents. 2022. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240046764>. Published March 18, 2022. Accessed February 22, 2023.
7. **Chương trình chống lao quốc gia.** Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao. 2024.
8. **Marais BJ, Gie RP, Hesselink AC, et al.** A refined symptom-based approach to diagnose pulmonary tuberculosis in children. *Pediatrics.* 2006;118(5):1350-1359. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-0519>. Published November 1, 2006. Accessed June 10, 2016.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN ĐA U Tủy XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Thanh Tùng¹, Đỗ Huyền Nga¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân đa u tủy xương điều trị phác đồ có Bortezomib tại bệnh viện K; **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 76 bệnh nhân đa u tủy xương điều trị phác đồ có Bortezomib tại khoa Nội Hệ tạo Huyết Bệnh viện K từ 05/2019-10/2022. **Kết quả:** Độ

tuổi trung bình của bệnh nhân là 58,76, Tỷ lệ nam/nữ là 0,9, Bệnh nhân đa số có PS=0-1 chiếm 72,4%, Bệnh nhân vào viện đa số vì đau xương chiếm 84%, Đa số các bệnh nhân có nhiều tổn thương chiếm 85,5%. Các tổn thương xương thường gặp nhất ở xương cột sống thắt lưng 65,8%, tỷ lệ bệnh nhân có hemoglobin ≤ 100 g/L là 50,0%, Tỷ lệ bệnh nhân có dòng tế bào plasmo trong tủy $\geq 10\%$ là 63,2%, Tỷ lệ tăng creatinine ≥ 177 $\mu\text{mol/L}$ 5,3%, Tỷ lệ tăng calci toàn phần $\geq 2,75$ mmol/L là 3,9%, Thể bệnh đa u tủy xương hay gặp nhất là IgG Kappa 32,9%, IgG Lambda 26,3%, Giai đoạn II theo ISS chiếm tỷ lệ cao nhất 41%. **Kết luận:** Nghiên cứu chỉ ra các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng đặc trưng của bệnh đa u tủy xương hỗ trợ các bác sĩ trong quá trình chẩn đoán và điều trị. **Từ khóa:** ĐUTX (đa u tủy xương)

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Huyền Nga

Email: ncs29dhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025