

- Clin, 71(3), 209–249.
2. **Zaanan A., Flejou J.-F., Emile J.-F., et al** (2011). Defective Mismatch Repair Status as a Prognostic Biomarker of Disease-Free Survival in Stage III Colon Cancer Patients Treated with Adjuvant FOLFOX Chemotherapy. *Clinical Cancer Research*, 17(23), 7470–7478.
 3. **Hu J., Yan W.-Y., Xie L., et al** (2016). Coexistence of MSI with KRAS mutation is associated with worse prognosis in colorectal cancer. *Medicine*, 95(50), e5649.
 4. **Nguyễn Trọng Hòa, Trịnh Lê Huy** (2021). Mối liên quan giữa tình trạng đột biến gen KRAS, NRAS, BRAF và một số đặc điểm bệnh học ung thư biểu mô đại trực tràng giai đoạn di căn. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 506(1), 160-164.
 5. **Nguyễn Văn Chủ, Trần Lê Giang** (2021). Tình trạng mất ổn định vi vệ tinh trong ung thư biểu mô tuyến Đại trực tràng giai đoạn I-II. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 489(2), 9-13.
 6. **Klingbiel D., Saridaki Z., Roth A.D., et al.** (2015). Prognosis of stage II and III colon cancer treated with adjuvant 5-fluorouracil or FOLFIRI in relation to microsatellite status: results of the PETACC-3 trial. *Annals of Oncology*, 26(1), 126–132.
 7. **Lanza G., Gafà R., Santini A., et al.** (2006). Immunohistochemical Test for MLH1 and MSH2 Expression Predicts Clinical Outcome in Stage II and III Colorectal Cancer Patients. *Journal of Clinical Oncology*, 24(15), 2359–2367.
 8. **Jenkins M.A., Hayashi S., O'Shea A.-M., et al.** (2007). Pathology Features in Bethesda Guidelines Predict Colorectal Cancer Microsatellite Instability: A Population-Based Study. *Gastroenterology*, 133(1), 48–56.

LAO HẠCH NGOẠI BIÊN Ở TRẺ EM TẠI KHOA NHI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Đinh Văn Lượng¹, Hoàng Thanh Vân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng lao hạch ngoại biên ở trẻ em tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ 2017 – 2020. (2) Bước đầu đánh giá kết quả điều trị lao hạch ngoại biên ở trẻ em tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ 2017 – 2020. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 78 bệnh nhi ≤ 15 tuổi được chẩn đoán lao hạch ngoại biên và điều trị nội trú tại khoa Nhi – Bệnh viện Phổi Trung ương từ 2017-2020. **Kết quả:** Bệnh gặp chủ yếu ở trẻ trên 5 tuổi, nhóm từ 10- 15 tuổi gặp nhiều nhất (43,6%). Chẩn đoán của tuyến trước thường gặp là viêm hạch (47,4%) và lao hạch (35,9%). Triệu chứng hay gặp của lao hạch trẻ em là mệt mỏi, kém chơi (76,9%); gầy sút cân/ không tăng cân (75,6%); vị trí gặp chủ yếu là hạch cổ 68/78 bệnh nhi và đa số được chẩn đoán khi hạch chưa vỡ vỡ (79,5%). Chẩn đoán lao hạch trẻ em có bằng chứng vi khuẩn chiếm 38,5%; có bằng chứng mô bệnh có tổn thương lao chiếm 92,9%. Có 50/78 bệnh nhi (64,1%) lao hạch đơn thuần và 28/78 bệnh nhi (35,9%) được chẩn đoán lao hạch kết hợp với lao cơ quan khác. Kết quả điều trị lao hạch thì tỉ lệ điều trị thành công là 96,3% (trong đó 100% ở nhóm chẩn đoán có bằng chứng vi khuẩn và 92,9% ở nhóm không có bằng chứng vi khuẩn). **Từ khóa:** Lao trẻ em; Lao hạch; lao ngoài phổi; điều trị bệnh lao trẻ em.

SUMMARY

SITUATION OF PERIPHERAL LYMPH NODE

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thanh Vân

Email: vannhi.bvlaobp@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025

TUBERCULOSIS IN CHILDREN AT THE DEPARTMENT OF PEDIATRICS, CENTRAL LUNG HOSPITAL

Objectives: (1) To describe the clinical and subclinical characteristics of peripheral lymph node tuberculosis in children at the National Lung Hospital from 2017 to 2020. (2) To initially assess the treatment results of peripheral lymph node tuberculosis in children at the National Lung Hospital from 2017 to 2020. **Research methodology:** A cross-sectional prospective study among 78 children from 15 years and younger diagnosed with peripheral lymph node tuberculosis and treated as inpatients at the Pediatrics Department - National Lung Hospital from 2017 to 2020. **Results:** The disease occurred mainly in children over 5 years old, the group from 10-15 years old was the most common (43.6%). The most common diagnoses of previous treatment units were lymphadenitis (47.4%) and lymphadenopathy (35.9%). Common symptoms of lymph node tuberculosis in children were fatigue/poor play (76.9%) and weight loss/no weight gain (75.6%); the main location was the cervical lymph nodes (68 among 78 patients) and the majority were diagnosed when the lymph nodes had not yet ruptured (79.5%). The diagnosis of lymph node tuberculosis in children with bacterial evidence accounts for 38.5%; with tissue evidence of tuberculosis lesions accounts for 92.9%. There were 50 among 78 patients (64.1%) with simple lymph node tuberculosis and 28 among 78 patients (35.9%) with tuberculosis in Lymph node and other organs. The treatment results of tuberculosis lymph nodes showed a successful treatment rate of 96.3% (of which 100% were in the group with bacterial evidence and 92.9% were in the group without bacterial evidence).

Keywords: Pediatric tuberculosis; Lymph node tuberculosis; extrapulmonary tuberculosis; treatment of tuberculosis in children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, lao ngoài phổi chiếm khoảng 20% trong tổng số những trường hợp mắc lao. Lao hạch chiếm một tỷ lệ cao (30-45%) trong số các thể lao ngoài phổi [1]. Các nghiên cứu trên thế giới về lao ngoài phổi trẻ em cho thấy lao hạch chiếm tới 47,1 -54,5% [2,3]. Ở Việt Nam, lao hạch trẻ em là thể bệnh gặp nhiều nhất, chiếm hơn 50% trong các thể lao ngoài phổi trẻ em [4].

Lao hạch có thể gặp ở nhiều vị trí trong cơ thể người như hạch trung thất, hạch mạc treo, nhưng thể hay gặp nhất là lao hạch ngoại biên (LHNB). Bệnh có thể xuất hiện đơn thuần hoặc phối hợp với các thể lao khác, hay gặp nhất là với lao phổi. Các triệu chứng thường kín đáo, xuất hiện từ từ với nhiều hạch nhỏ ở vị trí như cổ, nách, bẹn, hố thượng đòn; có thể có sốt nhẹ. Bệnh LHNB thường được phát hiện muộn, có khi người chăm sóc trẻ tình cờ nhìn thấy hạch to mới đi khám và được xét nghiệm chẩn đoán. Lao hạch nếu được chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời, đúng nguyên tắc bệnh có thể khỏi hoàn toàn.

Trong thời gian qua, cùng với sự phát triển chung của y học, chúng ta đã có thêm nhiều phương tiện kỹ thuật mới hỗ trợ cho chẩn đoán và điều trị bệnh lao nói chung và bệnh lao hạch nói riêng. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng, các phương pháp cận lâm sàng giúp cho chẩn đoán, bước đầu đánh giá kết quả điều trị lao hạch ở trẻ em. Nghiên cứu nhằm 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng lao hạch ngoại biên ở trẻ em tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ 2017 – 2020.

2. Bước đầu đánh giá kết quả điều trị lao hạch ngoại biên ở trẻ em tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ 2017 – 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 78 bệnh nhi ≤ 15 tuổi được chẩn đoán lao hạch ngoại biên và điều trị nội trú tại khoa Nhi – Bệnh viện phổi Trung ương.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân. Bệnh nhi được chẩn đoán và điều trị lao hạch ngoại biên theo Hướng dẫn của Chương trình chống lao quốc gia 2015 [5].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân loại theo nhóm tuổi lao hạch

Nhóm tuổi	Bảng chứng vi khuẩn				Tổng (n=78)		p
	Có (n=30)		Không (n=48)				
	n	%	n	%	n	%	
< 5 tuổi	6	20.0	8	16.6	14	17.9	0.7089

- Lâm sàng: Hạch thường gặp ở vùng cổ, tiến triển chậm, to dần, kích thước trên 2cm, không đối xứng, không đau, không đỏ. Giai đoạn muộn nếu không được điều trị hạch tấy đỏ, nhuyễn hóa, dò chất bã đậu, lâu liền sẹo. Triệu chứng toàn thân có thể gặp: sốt, ra mồ hôi đêm, sụt cân. Điều trị kháng sinh phổ rộng 1 - 2 tuần không đáp ứng. Tiền sử tiếp xúc nguồn lây lao.

- Cận lâm sàng: Bệnh nhân có ít nhất 1 tiêu chuẩn sau:

+ Xét nghiệm giải phẫu bệnh, tế bào học: có thể tìm thấy chất hoại tử bã đậu, tế bào bán liên, tế bào khổng lồ trong các bệnh phẩm lâm sàng hạch (chọc hút, dịch mủ) và/ hoặc xét nghiệm mô bệnh học bệnh phẩm sinh thiết hạch có hình ảnh nang lao điển hình.

+ Soi trực tiếp, Xpert MTB/RIF hoặc nuôi cấy tìm Vi khuẩn lao từ bệnh phẩm mủ hạch, bệnh phẩm khác khi có tổn thương lao phổi hợp cơ quan khác.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Cha mẹ hoặc người chăm sóc trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.3. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nhi - Bệnh viện Phổi Trung ương.

2.1.4 Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 12 năm 2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu theo kỹ thuật không xác suất với mẫu thuận tiện.

2.2.2. Nội dung nghiên cứu:

- Tuổi, giới; Tiền sử; Triệu chứng lâm sàng (toàn thân, cơ năng, thực thể); Cận lâm sàng (Chọc hút hạch và sinh thiết hạch, Chẩn đoán hình ảnh, Các kỹ thuật vi sinh học tìm vi khuẩn lao) và một số kỹ thuật xét nghiệm khác

- Kết quả điều trị: Công thức điều trị, đánh giá kết quả điều trị

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được nhập và phân tích trên máy tính bằng phần mềm SPSS 21.0 với các thuật toán thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Tất cả bệnh nhi tham gia nghiên cứu với sự đồng ý của người bảo trợ chăm sóc trẻ, nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị, không nhằm mục đích nào khác.

5 - < 10 tuổi	10	33,3	20	41,7	30	38,5	0,4617
10 – 15 tuổi	14	46,7	20	41,7	34	43,6	0,6648

Nhận xét: Lao hạch ngoại biên gặp nhiều nhất nhóm trẻ 10 -15 tuổi, chiếm 43,6%.

Bảng 2. Chẩn đoán của tuyến trước

Chẩn đoán	Bảng chứng vi khuẩn				Tổng (n=78)		p
	Có (n=30)		Không (n=48)				
	n	%	n	%	n	%	
Viêm hạch	10	33,3	27	56,2	37	47,4	0,0486
Lao hạch	13	39,4	15	31,3	28	35,9	0,2791
Lao cơ quan khác	1	3,3	1	2,1	2	2,6	-
K hạch	1	3,3	0	-	1	1,3	-
Hạch BCG	2	6,7	0	-	2	2,6	-
Bệnh của cơ quan khác	2	6,7	4	8,3	6	7,6	-
Chưa đi khám	1	3,3	1	2,1	2	2,6	-

Nhận xét: Có 47,4% được tuyến trước chẩn đoán viêm hạch và 35,9% được chẩn đoán lao hạch. Ở chẩn đoán viêm hạch, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm chẩn đoán có bằng chứng vi khuẩn và không có bằng chứng vi khuẩn với $p < 0,05$.

Bảng 3. Triệu chứng toàn thân

Triệu chứng	Bảng chứng vi khuẩn				Tổng (n=78)		p
	Có (n=30)		Không (n=48)				
	n	%	n	%	n	%	
Gầy sút cân/không tăng cân	22	73,3	37	77,1	59	75,6	0,7074
Da xanh	24	80,0	34	70,8	58	74,4	0,1410
Ra mồ hôi trộm	12	40,0	22	45,8	34	43,6	0,6132
Mệt mỏi, kém chơi	24	80,0	36	75,0	60	76,9	0,6101
Ăn kém	20	66,7	33	68,8	53	67,9	0,8479

Nhận xét: Các triệu chứng mệt mỏi, kém chơi 76,9%; Gầy sút cân/không tăng cân 75,6%.

Bảng 4. Triệu chứng lao hạch

Triệu chứng	Bảng chứng vi khuẩn				Tổng (n=78)		p
	Có (n=30)		Không (n=48)				
	n	%	n	%	n	%	
Triệu chứng cơ năng							
Hạch cổ phải	2		16		18	23,1	-
Hạch cổ trái	13		18		31	39,7	0,480
Hạch cổ 2 bên	11		9		19	24,4	0,031
Vị trí khác (hạch bẹn, hạch nách)	4		7		10	12,8	-
Kích thước ≥ 2cm	26		43		69	88,5	-
Kích thước ≤ 2cm	4		5		9	11,5	-
Triệu chứng thực thể							
Giai đoạn sớm	23		40		62	79,5	0,541
Giai đoạn muộn	7		8		16	20,5	

Nhận xét: - Vị trí lao hạch hay gặp nhất ở trẻ em cả ở nhóm chẩn đoán có bằng chứng vi khuẩn và nhóm không có bằng chứng vi khuẩn là hạch cổ, trong đó gặp nhiều hơn ở hạch cổ trái. - Kích thước hạch to trên 2cm và được phát hiện ở giai đoạn sớm chiếm đa số ở cả hai nhóm và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Kết quả xét nghiệm mô bệnh và tế bào trong chẩn đoán lao hạch

Xét nghiệm	Tổn thương	Bảng chứng vi khuẩn				Tổng (n=78)	
		Có (n=30)		Không (n=48)			
		n	%	n	%	n	%
Mô bệnh (n=70)	Tổn thương lao	23	76,7	42	87,5	65	92,9
	Viêm	1	3,3	4	8,3	5	7,1
	Tổn thương khác	0	0	0	0	0	-
	Không làm xét nghiệm	6	20,0	2	4,2	8	
Tế bào	Tổn thương lao	20	66,7	28	58,3	48	66,7

(n=72)	Viêm	5	16,7	18	37,5	23	31,9
	Tổn thương khác	0	0	1	2,1	1	1,4
	Không làm xn	5	16,7	1	2,1	6	

Nhận xét: Có 70/78 bệnh nhi lao hạch được làm xét nghiệm mô bệnh và trong đó có 92,9% có tổn thương lao.

- Xét nghiệm tế bào được thực hiện ở 72/78 bệnh nhi lao hạch và có 66,7% có tổn thương lao.

Bảng 6. Kết quả xét nghiệm tìm bằng chứng vi khuẩn theo loại bệnh phẩm

Bệnh phẩm	AFB (+)		Gen/ LPA (+)		Nuôi cấy (+)	
	n	%	n	%	n	%
Đờm (n=4)	1	25,0	1	25,0	3	75,0
Dịch phế quản (n=4)	0	-	2	50,0	1	25,0
Dịch dạ dày (n=55)	0	-	7	12,7	11	20,0
Hạch (n=47)	0	-	12	25,5	11	23,4
Màng bụng (n=1)	0	-	0	-	0	-
Dịch não tủy (n=3)	0	-	0	-	0	-
Mủ áp xe (n=1)	0	-	1	100	1	100

Nhận xét: Có 30/78 bệnh nhi lao hạch tìm được bằng chứng vi khuẩn trong đó bệnh phẩm có tỷ lệ tìm thấy vi khuẩn lao nhiều nhất là mủ áp xe, đờm và dịch phế quản.

Bảng 7. Phân loại lao hạch theo số cơ quan bị bệnh

Cơ quan bị lao	Bảng chứng vi khuẩn				Tổng	p
	Có (n = 30)		Không (n = 48)			
	n	%	n	%		
Lao hạch đơn thuần	13	43,3	37	77,1	50 (64,1%)	0,0025
Lao hạch + Lao phổi	15	51,0	7	14,6	22 (28,2%)	0,0007
Lao hạch + lao cơ quan khác	2	6,7	4	8,3	6 (7,7%)	-

Nhận xét: Lao hạch trẻ em gặp chủ yếu là lao hạch đơn thuần (64,1%); trong số lao hạch kết hợp với lao cơ quan khác thì thường gặp nhất là lao phổi. Sự khác biệt giữa nhóm chẩn đoán lao hạch có bằng chứng vi khuẩn và không có bằng chứng vi khuẩn về chẩn đoán lao hạch đơn thuần và lao hạch phối hợp với lao phổi là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 8. Kết quả điều trị lao hạch trẻ em

Kết quả điều trị	Bằng chứng vi khuẩn				Tổng (n=54)	
	Có (n=26)		Không (n=28)		n	%
	n	%	n	%		
Hoàn thành điều trị	23	88,5	26	92,9	49	90,7
Khỏi	3	11,5	0	-	3	5,6
Tử vong	0	-	2	7,1	2	3,7

Nhận xét: Có 54/78 bệnh nhi lao hạch được theo dõi và đánh giá kết quả điều trị, trong đó tỷ lệ hoàn thành điều trị là 90,7%; có 3,7% bệnh nhi tử vong.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Nhi – Bệnh viện Phổi Trung ương từ năm 2017 đến 2020 với 78 bệnh nhi được chẩn đoán và điều trị lao hạch ngoại biên. Trong lao hạch trẻ em, tuổi gặp nhiều nhất là nhóm từ 10 - 15 tuổi (chiếm 43,6%) và gặp ít nhất ở nhóm dưới 5 tuổi (17,9%). Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp

với cơ chế bệnh sinh của lao hạch là thể lao ngoài phổi thứ phát sau sơ nhiễm và cũng tương tự với kết quả của các nghiên cứu đã được công bố. Tác giả Dương Hữu Hiếu và cộng sự (2018) thấy lao hạch trẻ em gặp nhiều nhất ở nhóm 6 - 10 tuổi (57,1%) và thấp nhất ở nhóm dưới 5 tuổi (14,3%) [6]. Nghiên cứu của tác giả Chandni N và cộng sự (2024), tuổi trung bình mắc lao hạch ở trẻ em là $7,29 \pm 2,3$ tuổi [7]. Không có sự khác biệt giữa nhóm bệnh nhi được chẩn đoán lao hạch có bằng chứng vi khuẩn và không có bằng chứng vi khuẩn về các nhóm tuổi.

Nghiên cứu cho thấy vị trí hạch cổ gặp nhiều nhất (68/78 bệnh nhi, chiếm 87,2%). Trong đó hạch cổ trái gặp nhiều hơn (31 bệnh nhi) và hạch cổ 2 bên gặp ở nhóm chẩn đoán có bằng chứng vi khuẩn nhiều hơn nhóm không có bằng chứng vi khuẩn (11/30 bệnh nhi và 9/48 bệnh nhi), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của các tác giả khác đã công bố cũng có kết quả tương tự, triệu chứng thường gặp là hạch to, vị trí cổ và góc hàm là phổ biến [2,6]. Đa số bệnh nhi được ghi nhận có kích thước hạch lớn hơn hoặc bằng 2cm (85,5%) và được chẩn đoán bệnh khi hạch còn ở giai đoạn sớm với đặc điểm hạch nhẵn, di động, không nóng đỏ, không đau và chưa vỡ dò tổ chức bã đậu. Có 16 bệnh nhi (20,5%) đến khám và điều trị khi hạch đã nhuyễn hóa tấy đỏ sắp vỡ

hoặc đã vỡ dò tổ chức bã đậu. Tác giả Chandni N và cộng sự (2024) cho thấy kích thước trung bình của hạch trong lao hạch trẻ em dao động từ 1cm đến khối hạch phức tạp 7cm [7].

Trong nghiên cứu 70/78 bệnh nhi lao hạch được làm xét nghiệm mô bệnh và trong đó có 65 bệnh nhi (92,9%) được ghi nhận hình ảnh mô bệnh có tổn thương lao. Có 08 bệnh nhi không làm xét nghiệm mô bệnh, trong đó có 06 bệnh nhi được chẩn đoán lao có bằng chứng vi khuẩn ở cơ quan khác chủ yếu là lao phổi, xét nghiệm tế bào có tổn thương lao và 02 bệnh nhi được chẩn đoán lao không có bằng chứng vi khuẩn ở cơ quan khác, có xét nghiệm tế bào tổn thương lao. Kết quả xét nghiệm mô bệnh có tổn thương lao trong nhóm được chẩn đoán có bằng chứng vi khuẩn là 23/24 bệnh nhi được làm xét nghiệm (chiếm 95,8%) và 23/30 bệnh nhi được chẩn đoán lao hạch (chiếm 76,7%). Kết quả này trong nhóm lao hạch được chẩn đoán không có bằng chứng vi khuẩn học là 42/46 bệnh nhi được làm xét nghiệm (chiếm 91,3%) và 42/48 bệnh nhi được chẩn đoán lao hạch (chiếm 87,5%). Từ kết quả này chúng tôi nhận thấy việc làm xét nghiệm mô bệnh để chẩn đoán sớm lao hạch trẻ em nên được nghĩ đến và được thực hiện sớm khi khả năng tìm được vi khuẩn lao ở trẻ em còn hạn chế đặc biệt là đối với lao ngoài phổi nói chung và lao hạch nói riêng. Một số nghiên cứu khác về lao hạch có kết quả thấp hơn. Nghiên cứu kết quả mô bệnh trong chẩn đoán lao của tác giả Christopher và cộng sự (2015) trên 107 bệnh nhân có hạch to kết quả có 64/107 bệnh nhân (59,87%) được chẩn đoán bệnh lao hạch [8]. Nghiên cứu của tác giả Maltezou HC và cs (2000) cho thấy 60,4% bệnh nhi lao hạch có bằng chứng mô bệnh học tổn thương lao [2].

Hiện nay, các hướng dẫn chẩn đoán lao cả người lớn và trẻ em thì tổn thương mô bệnh được xem là một tiêu chuẩn có giá trị chẩn đoán sớm đặc biệt với lao ngoài phổi khi không hoặc chưa tìm được bằng chứng vi khuẩn lao. Tuy nhiên, với lao ngoài phổi trẻ em việc chỉ định xét nghiệm mô bệnh học còn hạn chế do việc thực hiện các thủ thuật lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm mô bệnh với trẻ em phải thực hiện ở các cơ sở có ngoại nhi, trẻ phải gây mê trước khi làm thủ thuật hoặc phẫu thuật. Vì thế, thủ thuật chọc hút kim nhỏ lấy tổ chức hạch làm xét nghiệm tế bào đơn giản hơn và thực hiện được ở nhiều cơ sở y tế được khuyến cáo là xét nghiệm nên được làm sớm và làm nhiều lần trong chẩn đoán lao hạch ngoại vi trẻ em.

Kết quả thu được từ 78 bệnh nhân được

chẩn đoán và điều trị lao hạch tại khoa Nhi – Bệnh viện Phổi Trung ương, xét nghiệm tế bào được thực hiện ở 72/78 bệnh và ghi nhận được 48/72 bệnh nhi (66,7%) có tổn thương lao.

Có 52 bệnh nhi được là đồng thời cả xét nghiệm mô bệnh và tế bào (16 bệnh nhi ở nhóm chẩn đoán có bằng chứng vi khuẩn và 36 bệnh nhi ở nhóm chẩn đoán không có bằng chứng vi khuẩn). Trong đó có 27 bệnh nhi đều ghi nhận có tổn thương lao ở cả xét nghiệm mô bệnh và tế bào. Có 4 bệnh nhi tế bào có tổn thương lao nhưng mô bệnh không ghi nhận tổn thương lao (tổn thương viêm). Có 21 bệnh nhi tế bào không ghi nhận tổn thương lao mà mô bệnh có tổn thương lao.

Trong quá trình chẩn đoán lao trẻ em, các xét nghiệm tìm vi khuẩn lao luôn được ưu tiên với việc sử dụng nhiều kỹ thuật xét nghiệm khác nhau (nhuộm soi AFB huỳnh quang, các xét nghiệm sinh học phân tử như LPA, Gen Xpert; nuôi cấy) với tất cả các mẫu bệnh phẩm có thể thu thập được từ bệnh nhi như: đờm, dịch dạ dày, dịch não tủy, phân, dịch màng hạch, bệnh phẩm phẫu thuật, dịch các màng,... với mục tiêu tăng khả năng tìm được bằng chứng vi khuẩn trong chẩn đoán lao trẻ em. Nghiên cứu này thu nhận được 115 mẫu bệnh phẩm của 78 bệnh nhi. Kết quả dương tính bằng nhuộm soi AFB huỳnh quang: 01 mẫu; kỹ thuật sinh học phân tử (LPA/ Gen Xpert): 23 mẫu; nuôi cấy: 27 mẫu. Trong đó, kết quả nuôi cấy dương tính là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán. Nghiên cứu có 30/78 bệnh nhi lao hạch được chẩn đoán có bằng chứng vi khuẩn (chiếm 38,5%). Kết quả nghiên cứu tác giả Dương Hữu Hiếu và cộng sự (2018) có 13/35 bệnh nhi lao hạch được tìm thấy bằng chứng vi khuẩn bằng phương pháp nuôi cấy các loại bệnh phẩm [6]. Nghiên cứu của tác giả Maltezou HC và cs (2000) cho thấy 22,9% bệnh nhi lao hạch tìm được bằng chứng vi khuẩn, thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi [2]. Một phân tích gộp về vai trò của Xpert MTB/RIF trong chẩn đoán lao ngoài phổi của Denkinger CM và cs (2014) thì độ nhạy tổng hợp của Xpert MTB/RIF so với nuôi cấy đối với các bệnh phẩm ngoài đường hô hấp như sau: bệnh phẩm dịch chọc hút hạch hoặc mô hạch là 83,1%; dịch não tủy là 80,5%; dịch màng phổi là 46,4% [9].

Bệnh lao ở trẻ em có thể gặp tổn thương lao đơn thuần ở một cơ quan cũng có thể gặp tổn thương lao nhiều cơ quan. Trong 78 bệnh nhi lao hạch, chủ yếu là lao hạch đơn thuần: 50 bệnh nhi (64,1%) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ giữa nhóm lao hạch chẩn đoán có

bằng chứng vi khuẩn và nhóm không có bằng chứng vi khuẩn. Khi bệnh nhi có lao hạch kèm theo tổn thương lao cơ quan khác thì lao phổi là cơ quan thường gặp nhất (22/28 bệnh nhi) và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ giữa nhóm chẩn đoán có bằng chứng vi khuẩn (15/30 bệnh nhi) với nhóm chẩn đoán không có bằng chứng vi khuẩn (7/48 bệnh nhi). Lao hạch kèm theo lao cơ quan khác ở trẻ em ngoài lao phổi có thể gặp ở bệnh nhi lao màng não, lao màng phổi,... nhưng tỷ lệ nhỏ hơn. Nghiên cứu của tác giả Dương Hữu Hiếu và cộng sự (2018) trong lao hạch trẻ em có 26/35 bệnh nhi (74,3%) là lao hạch đơn thuần và 9/35 bệnh nhi (25,7%) là lao hạch kết hợp với lao phổi [6].

Điều trị lao hạch trẻ em sử dụng phác đồ 2RHZE/10RH [5]. Bên cạnh việc điều trị nội khoa, chỉ định ngoại khoa mổ nạo viêm hạch hoặc phẫu thuật bóc hạch cổ được chỉ định cho bệnh nhi lao hạch với mục tiêu chẩn đoán (lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm tìm bằng chứng vi khuẩn và mô bệnh học) và mục tiêu điều trị với những hạch ở giai đoạn nhuyễn hóa, vỡ dò tổ chức bã đậu. Trong số 78 bệnh nhi lao hạch của nghiên cứu này có 69/78 bệnh nhi được mổ bóc hạch hoặc nạo viêm hạch, trong đó có 35 bệnh nhi được phẫu thuật từ tuyến trước và khi làm xét nghiệm mô bệnh học có tổn thương lao nên được chuyển đến chuyên khoa lao để điều trị nội khoa.

Nghiên cứu đã theo dõi và đánh giá kết quả điều trị của 54/78 bệnh nhi. Kết quả đánh giá sau 12 tháng điều trị, có 52/54 bệnh nhi điều trị thành công (49 bệnh nhi hoàn thành điều trị và 03 bệnh nhi điều trị khỏi) và 02 bệnh nhi tử vong đều nằm ở nhóm lao hạch chẩn đoán không có bằng chứng vi khuẩn (01 bệnh nhi có tổn thương lao hạch kèm lao màng phổi, màng bụng; 01 bệnh nhi lao hạch kèm lao phổi, lao màng não). Tỷ lệ điều trị thành công của lao hạch trẻ em ở nhóm chẩn đoán có bằng chứng vi khuẩn cao hơn nhóm không có bằng chứng vi khuẩn (100% và 92,9%). Kết quả điều trị bệnh lao trẻ em trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hằng và cộng sự (2023) cho thấy có liên quan đến thể lao, bằng chứng vi khuẩn, số cơ quan bị lao và thời gian chẩn đoán bệnh; tỷ lệ điều trị thành công ở nhóm lao phổi là 94,9% và nhóm lao ngoài phổi là 98,1%; nhóm chẩn đoán có bằng chứng vi khuẩn là 94,3% và nhóm không có bằng chứng vi khuẩn là 96,9% [10].

V. KẾT LUẬN

Bệnh lao hạch là một thể lao gặp nhiều nhất trong lao ngoài phổi ở trẻ em. Bệnh gặp nhiều hơn ở nhóm trên 5 tuổi, vị trí thường gặp là hạch cổ và đa số được chẩn đoán khi hạch chưa vỡ dò. Chẩn đoán lao hạch trẻ em có bằng chứng vi khuẩn chiếm 38,5%; có bằng chứng mô bệnh có tổn thương lao chiếm 92,9%. Có 50/78 bệnh nhi (64,1%) lao hạch đơn thuần và 28/78 bệnh nhi (35,9%). Kết quả điều trị lao hạch thì tỉ lệ điều trị thành công là 96,3% (trong đó 100% ở nhóm chẩn đoán có bằng chứng vi khuẩn và 92,9% ở nhóm không có bằng chứng vi khuẩn).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO.** Global tuberculosis report 2018. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274453>. Published September 24, 2018.
2. **Maltezou HC, Savidis P, Kafetzis DA.** Extrapulmonary tuberculosis in children. Arch Dis Child. (2000); 83(4):342-346. doi:10.1136/adc.83.4.342. Published October, 2000.
3. **José MR, Mario PB, Abraham T, et al.** Comparing tuberculosis in children aged under 5 versus 5 to 14 years old in a rural hospital in Southern Ethiopia: an 18 -year retrospective cross-sectional. BMC Public Health. (2019);19(1), 856. doi:10.1186/s12889-019-7206-2. Published July 2, 2019.
4. **Trần Văn Sáng.** Bệnh lao trẻ em. Bệnh học Lao, Nhà xuất bản Y Học, 2014, 29-41.
5. **Chương trình chống lao quốc gia.** Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao. 2015.
6. **Dương Hữu Hiếu và Nguyễn Thu Hà.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, giá trị của xét nghiệm LPA trong chẩn đoán lao hạch ngoài biên ở trẻ em. Tạp chí lao và bệnh phổi. 2018, 27, 30-36. Published August, 2018.
7. **Chandni N., Mulazim H., Bilal A., et al.** Etiological Spectrum of Lymphadenopathy Among Children on Lymph Node Biopsy. Cureus. 2024;16(8), 68102. doi:10.7759/cureus.68102. Published August 29, 2024.
8. **Christopher H., John W.** The validity of the macroscopic appearance of lymph node biopsy in the diagnosis of tuberculosis. Tropical Doctor. 2015; 45(2), 221-224. doi:10.1177/0049475515586501. Published October, 2015.
9. **Denkiner CM, Schumacher SG, Boehme CC, Dendukur Ni, Pai M, Steingart KR.** Xpert MTB/RIF assay for the diagnosis of extrapulmonary tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. European Respiratory Journal. 2014;44(2): 435-446. doi:10.1183/09031936.00007814. Published April 2, 2014.
10. **Nguyễn Thị Hằng, Đinh Ngọc Sĩ, Hoàng Thanh Vân.** Kết quả điều trị bệnh lao trẻ em theo Hướng dẫn của Chương trình chống lao quốc gia tại khoa Nhi – Bệnh viện Phổi Trung ương. Tạp chí y học Việt Nam. 2023; 530 (1): 1-4, <https://doi.org/10.51298/vmi.v530i1.6556>. Published September 15, 2023.