

Các bán kính cong của giác mạc tương đương giữa mắt phải và mắt trái. Điều này cũng tương đồng với một số tác giả. Cụ thể, bán kính cong lớn nhất của giác mạc trong nghiên cứu này là $7,94 \pm 0,29$ mm. Kết quả này tương đồng với kết quả của một số tác giả khác như Ojaimi [1] ($7,85 \pm 0,01$), Li. SM ($7,89 \pm 0,01$) [2]. Sự phù hợp này cũng được thấy ở bán kính cong nhỏ nhất của giác mạc $7,71 \pm 0,27$ mm trong nghiên cứu này và $7,71 \pm 0,01$ mm [1].

Bán kính cong trung bình của giác mạc là $7,83 \pm 0,28$ mm. Kết quả này gần giống với kết quả một số tác giả khác như Ke Kezhao ($7,86 \pm 0,26$) [3], Đường Thị Anh Thơ ($7,80 \pm 0,27$) [4].

Các bán kính cong giác mạc có sự khác biệt có ý nghĩa theo giới: bán kính cong giác mạc ở nam cao hơn ở nữ. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của, Nguyễn Đức Anh [5].

Đường kính giác mạc trung bình là $12,2 \pm 0,51$ mm. Đường kính giác mạc ở nam cao hơn ở nữ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Li. SM năm 2016 [6].

Đường kính đồng tử trung bình là $6,1 \pm 0,70$ mm. Không có sự khác biệt về đường kính đồng tử giữa hai mắt và theo giới tính với $p > 0,05$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Cakmak, HB. (2012) [7] ($6,39 \pm 0,28$ mm), cao hơn kết quả của Hashemi. H (2017) [8] ($4,3$ mm). Sự khác biệt này có thể giải thích do các tác giả sử dụng phương pháp đo khác nhau và trên các đối tượng có độ tuổi khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Kích thước giác mạc nam cao hơn nữ; không có sự khác biệt về đường kính đồng tử giữa hai giới; không có sự khác biệt về bán kính cong, đường kính giác mạc và đường kính đồng tử giữa mắt phải và mắt trái.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ojaimi, E., et al. (2005), Distribution of ocular biometric parameters and refraction in a population-based study of Australian children. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* **46**(8): p. 2748-54.
2. Li, S. M., et al. (2015), Distribution of ocular biometry in 7- and 14-year-old Chinese children, *Optom Vis Sci.* **92**(5), pp. 566-72.
3. Hoffmann, PC. and Hütz, W. W. (2010), Analysis of biometry and prevalence data for corneal astigmatism in 23,239 eyes, *J Cataract Refract Surg.* **36**(9), pp. 1479-85.
4. Đường Thị Anh Thơ (2008). Khảo sát một số chỉ số sinh học ở mắt trẻ em có tật khúc xạ. Luận văn thạc sỹ. Trường Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. Nguyễn Đức Anh và Đỗ Phương (2007), Mối liên quan giữa bán kính cong giác mạc và tật khúc xạ, *Tạp chí Y học thực hành.* **1**, pp. 156-160.
6. Li, S.M., et al. (2016), Corneal Power, Anterior Segment Length and Lens Power in 14-year-old Chinese Children: the Anyang Childhood Eye Study. *Sci Rep.* **6**: p. 20243.
7. Cakmak, H.B., et al. (2012), Corneal white-to-white distance and mesopic pupil diameter. *Int J Ophthalmol.* **5**(4): p. 505-9.
8. Hashemi, H., et al. (2017), The distribution of orbiscan indices in young population. *J Curr Ophthalmol.* **29**(1): p. 39-44.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BƯỚC SAU UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN DI CẢN XA BẰNG PHÁC ĐỒ ATEZOLIZUMAB ĐƠN TRỊ

Lê Huy Thăng*, Phạm Văn Thái**

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị bước sau ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn di căn xa bằng Atezolizumab đơn trị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 45 bệnh nhân UTPKTBN được điều trị Atezolizumab đơn trị bước sau tại Bệnh viện K và Trung tâm Ung bướu & Y học hạt nhân Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2019 đến tháng 6/2022. Người bệnh được ghi nhận các triệu chứng

lâm sàng, các xét nghiệm cận lâm sàng trước và sau điều trị, đánh giá hiệu quả của phác đồ và ghi nhận các tác dụng phụ của phác đồ. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ đáp ứng là 24,4% tỷ lệ kiểm soát bệnh 64,4%, 35,6% bệnh nhân tiến triển. Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển là 3,1 [CI 95%; 2,1-4,7] tháng. Trung vị thời gian sống thêm toàn bộ: 9,5 [CI 95%; 8,2-14,5] tháng. Không có tác dụng ngoại ý trầm trọng nào được ghi nhận. **Kết luận:** Kết quả điều trị bằng Atezolizumab đơn trị bước sau cho kết quả tốt, một phương pháp tiềm năng cho những bệnh nhân đã thất bại với các phác đồ hóa chất trước đó.

Từ khóa: ung thư phổi không tế bào nhỏ, Atezolizumab đơn trị.

SUMMARY

RESULT OF ATEZOLIZUMAB IN ADVANCED-STAGE NON-SMALL CELL LUNG CANCER

*Bệnh viện K

**Trung tâm Ung bướu & YHHN Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Lê Huy Thăng

Email: bshuythangbvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 16.8.2022

Ngày duyệt bài: 26.8.2022

Aims: The results of Atezolizumab mono therapy in advanced- staged on non-small cell lung cancer.

Material and Methods: From January 2019 to June 2022, atezolizumab monotherapy was used to 45 NSCLC patients at K Hospital and the Oncology & Nuclear Medicine Center of Bach Mai Hospital. Patients' clinical symptoms, laboratory results before and after treatment, a regimen's success assessment, and unexpected effects were noted. **Results:** Disease control rate was 64.4%, and 35.6% of patients taken steps. The response rate was 24.4%. The median progression free survival was 3.1 (95% CI: 2.1-4.7) months. Overall median survival was 9.5 months (95% CI: 8.2-14.5). No serious adverse effect were recorded. **Conclusion:** result of atezolizumab monotherapy in advanced- stage non-small cell lung cancer show high response rate, improve pregresstion free survival and overall survival.

Keywords: Non-small cell lung cancer, Atezolizumab mono therapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là bệnh lý ác tính thường gặp và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư thường gặp nhất trên toàn thế giới. Theo thống kê của Tổ chức nghiên cứu ung thư quốc tế IARC (Globocan 2020), ước tính có khoảng 19,3 triệu ca ung thư mới mắc và gần 10 triệu ca tử vong. Trong đó UTP đứng hàng thứ hai, ước tính khoảng 2,2 triệu ca mới mắc (chiếm 11,4%) và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư (1,8 triệu ca, chiếm 18%). Tại Việt Nam, theo Globocan 2020, UTP đứng hàng thứ 2 sau ung thư gan với số ca mới mắc cả hai giới ước tính khoảng 26.262 ca chiếm 14,4%. Số ca tử vong do UTP tại Việt Nam là 23.797 ca, chiếm 19,4% tổng số bệnh nhân tử vong do ung thư [1].

Theo nhiều nghiên cứu, bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn di căn xa chỉ có kết quả cải thiện thời gian sống thêm khiêm tốn với những biện pháp điều trị toàn thân bằng hóa trị. Điều trị bước một bằng các phác đồ hóa trị có chứa Platinum dẫn đến kết quả thời gian sống thêm trung bình từ 8-10 tháng. Hóa trị liệu bước 2 dẫn đến tỷ lệ sống thêm tăng lên nhưng không nhiều. Những bệnh nhân có đột biến EGFR và ALK sử dụng các thuốc trúng đích giúp làm tăng tỷ lệ đáp ứng và sống thêm toàn bộ. Tuy nhiên, khoảng gần 50% các trường hợp không có các đột biến nhạy cảm với các thuốc ức chế Tyrosin kinase, không có chỉ định dùng các thuốc đích dạng phân tử nhỏ. Trong thập kỷ vừa qua, trên thế giới đã có các thử nghiệm lâm sàng về các thuốc ức chế chốt kiểm soát miễn dịch nhằm mục đích tăng hiệu quả ở nhóm bệnh nhân này, trong đó có Atezolizumab.

Atezolizumab (Tecentriq) là thuốc kháng ung thư, kháng thể đơn dòng globulin miễn dịch G1 (IgG1) có nguồn gốc từ người. Có khả năng liên kết trực tiếp với PD-L1 và ức chế sự tương tác của phân tử này với các receptor PD-1 và B7.1 từ đó phục hồi lại hoạt động chống ung thư của tế bào T [2]. Nhiều thử nghiệm lâm sàng lớn trên thế giới như OAK và POPLAR đã khẳng định hiệu quả của việc dùng Atezolizumab đơn trị bước sau cho các bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn muộn bất kể mức độ bộc lộ PD-L1 và thể mô bệnh học. Tính an toàn cũng vượt trội so với hóa trị [3]. Tuy nhiên cho đến nay có rất ít các báo cáo có số mẫu đủ lớn để đánh giá hiệu quả của Atezolizumab trên nhóm bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn di căn xa tại Việt Nam. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn di căn xa bằng phác đồ có Atezolizumab. Nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phác đồ có Atezolizumab trên bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn muộn từ tháng 1/2019 đến tháng 6/2022 tại Bệnh viện K và Trung tâm Ung bướu và YHHN Bệnh viện Bạch Mai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu và phương pháp nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: Gồm 45 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn di căn xa được điều trị bằng phác đồ có chứa Atezolizumab tại Bệnh viện K và Trung tâm Ung bướu & Y học hạt nhân Bệnh viện Bạch Mai.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Được chẩn đoán xác định UTPKTBN giai đoạn IV (theo AJCC 2017).

- Chưa được điều trị miễn dịch trước đó.

- Được điều trị tối thiểu 3 chu kỳ atezolizumab tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu.

- Đã được điều trị ít nhất 1 phác đồ hóa chất có chứa Platinum nhưng bệnh tiến triển; hoặc có đột biến gen đã được điều trị TKI nhưng bệnh tiến triển.

- Có các tổn thương đích để có thể đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1.

- Có đầy đủ thông tin (về hành chính, tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, các thông số cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh) cho đến khi kết thúc nghiên cứu qua hồ sơ bệnh án, thư từ, gọi điện thoại cho bệnh nhân hoặc gia đình.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN có các bệnh lý về miễn dịch hoặc đang dùng các thuốc ức chế miễn dịch.

- Mặc bệnh ung thư khác, suy giảm chức năng gan thận nặng.
- Mặc các bệnh trầm trọng khác kèm theo (tim mạch, COPD nặng, THA không kiểm soát).
- UTPKTBN di căn não có rối loạn ý thức.
- Thất bại sau điều trị TKI thế hệ I, II có đột biến T790M.

- BN dị ứng với các thuốc điều trị.

- Từ chối tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu
- Các bước tiến hành:

Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, ghi nhận các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước điều trị

Bước 2: Điều trị Atezolizumab (Tecentriq) dung dịch tiêm truyền 1200 mg/2ml của nhà sản xuất Roche chu kỳ 21 ngày. Thời gian điều trị đến khi bệnh tiến triển hoặc độc tính không thể chấp nhận được.

Bước 3: Đánh giá kết quả điều trị và tác dụng phụ của thuốc sau mỗi 3 chu kỳ dựa trên tiêu chuẩn RECIST 1.1 và thời gian từ khi bắt đầu điều trị đến khi xảy ra biến cố.

Xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được mã hoá, nhập, xử lý và phân tích trên máy tính, sử dụng phần mềm SPSS 26.0. So sánh, kiểm định sự khác biệt của các biến định tính giữa hai nhóm bằng test χ^2 , các so sánh có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		n	%
Tuổi		63,4 ± 6,5 tuổi	
Giới	Nam	39	86,7
	Nữ	6	13,3
PS	PS=0	7	15,6
	PS=1	28	62,2
	PS=2	10	22,2
Mô Bệnh học	UTBM Tuyến	39	86,7
	UTBM vảy	4	8,9
Số lượng cơ quan di căn	1	22	48,9
	2	17	37,6
	≥3	6	13,3
PD-L1	<1%	11	24,4
	1-5%	6	13,3
	5-49%	7	15,6
	≥50%	2	4,4
	Không xác định	19	42,2

Đột biến gen	EGFR	5	13,3
	KRAS	4	8,9
	ALK	1	2,2

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 63,4 tuổi. Đa số là nam chiếm 86,7%. Chỉ số toàn trạng chủ yếu là PS=1 chiếm 62,2%. Thể mô bệnh học đa số là ung thư biểu mô tuyến chiếm 86,7%.

2. Đặc điểm phương pháp điều trị

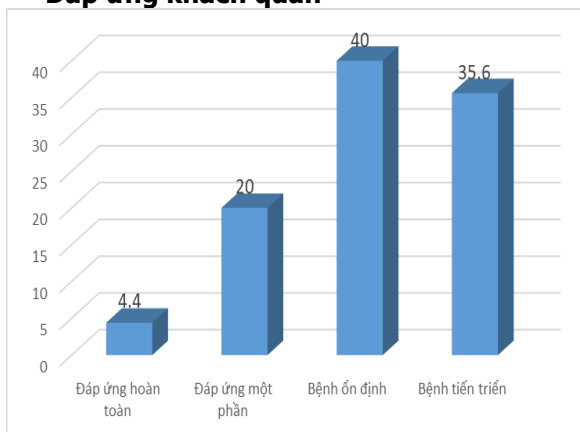
Bảng 2. Đặc điểm phương pháp điều trị

Đặc điểm		n	%
Bước điều trị	Bước 2	17	37,8
	Bước 3	16	35,6
	Bước 4	11	24,4
	Bước 5	1	2,2
Số chu kỳ điều trị	3-5	28	62,2
	6-8	10	22,2
	≥9	7	15,6

Nhận xét: Có 37,8% bệnh nhân điều trị bước 2 và 63,2% bệnh nhân được điều trị là sau bước 2. Số chu kỳ bệnh nhân được điều trị chủ yếu là từ 3 đến 5 chu kỳ chiếm 62,2%

3. Đáp ứng điều trị

Đáp ứng khách quan



Biểu đồ 1. Tỷ lệ Đáp ứng khách quan

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 24,4%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 64,4% và tỷ lệ bệnh tiến triển là 35,6%

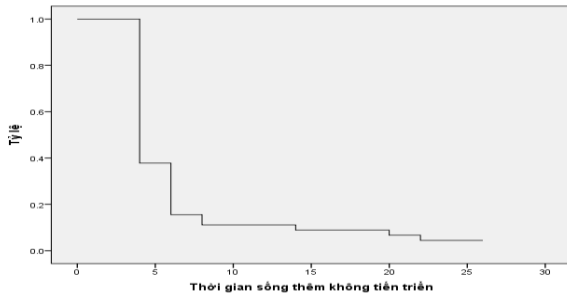
Đáp ứng chủ quan

Bảng 3. Tỷ lệ đáp ứng chủ quan

Triệu chứng cơ năng	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	%	n	%
Ho	29	62,1	18	56,3
Khó thở	16	56,3	9	55,6
Tức ngực	18	55,6	10	55,6

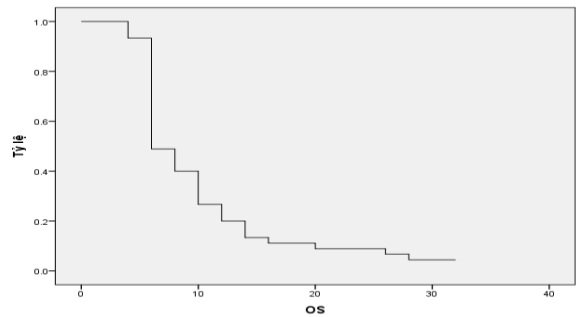
Nhận xét: Các triệu chứng ho, khó thở và tức ngực được cải thiện với tỷ lệ lần lượt là 62,1%, 56,3% và 55,6%

4. Thời gian sống thêm không tiến triển



Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm không tiến triển

Nhận xét: Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển là 3,1 [2,1-4,7] tháng. Thấp nhất là 2 tháng và cao nhất là 25 tháng



Biểu đồ 3. Thời gian sống thêm toàn bộ

Nhận xét: Trung vị thời gian sống thêm toàn bộ là 9,5 [8,2-14,5] tháng. Thấp nhất là 3 tháng cao nhất là 32 tháng.

5. Thời gian sống thêm toàn bộ

6. Tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn	Triệu chứng	Độ 1 + Độ 2		Độ 3+ Độ 4	
		n	%	n	%
Trên hệ tạo huyết	Hạ huyết sắc tố	10	22	1	2,2
	Hạ bạch cầu	3	6,7	0	0
	Hạ tiểu cầu	2	4,4	0	0
Trên gan	Tăng GOT	7	15,6	0	0
	Tăng GPT	6	13,3	0	0
Trên thận	Tăng URE	7	15,6	0	0
	Tăng Creatinin	6	13,3	0	0
Toàn thân	Mệt mỏi	16	35,6	2	4,4
	Phù ngoại biên	2	4,4	0	0
Nội tiết	Suy giáp	0	0	0	0
	Cường giáp	0	0	0	0
	Tăng đường huyết	1	2,2	0	0
Da	Ngứa	1	1	0	0
	Thay đổi màu da	0	0	0	0
Cơ xương khớp	Đau khớp	0	0	0	0
Hệ thần kinh	Viêm não, màng não	0	0	0	0
	Nhược cơ	0	0	0	0
Hệ tiêu hóa	Buồn nôn, Nôn	7	15,56	1	2,2
	Tiêu chảy	4	8,89	1	2,2
	Viêm dạ dày, đại tràng	1	2,2	0	0
Phản ứng tiêm truyền tại chỗ	Phản ứng tiêm truyền tại chỗ	0	0	0	0

Nhận xét: Tác dụng không mong muốn hay gặp trên hệ tạo huyết là hạ huyết sắc tố: 22% độ 1 và 2; 2,2% với độ 3 và 4. Trên gan thận là tăng men gan và tăng Ure, Creatinin, triệu chứng thường gặp mệt mỏi chiếm 40%, nôn buồn nôn chiếm 17,76%, tiêu chảy chiếm 11,1%. Các triệu chứng phù, và tăng đường huyết, viêm dạ dày đại tràng chiếm 4,4%, 2,2% và 2,2%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Độ tuổi trung bình là 63,4 ± 6,5 tuổi có thể thấy bệnh lý UTPKTBN là bệnh lý của người lớn tuổi. Phần lớn BN là nam giới (nam/nữ

=6,5/1) sự khác biệt này liên quan đến yếu tố nguy cơ mắc ung thư phổi chủ yếu xuất hiện ở nam giới như hút thuốc lá uống rượu.

Có 22,2% BN có toàn trạng PS = 2 vì toàn bộ bệnh nhân ở giai đoạn di căn xa và điều trị bước sau nên có chỉ số toàn trạng không tốt. Có 42,2% bệnh nhân không được đánh giá mức độ PD-L1 vì điều trị bước sau không bắt buộc có xét nghiệm PD-L1. Có 15,5% bệnh nhân có đột biến gen EGFR và ALK đã được điều trị TKI thất bại tỷ lệ này tương đồng với các thử nghiệm lâm sàng lớn trên thế giới [3].

4.2. Đặc điểm phương pháp điều trị. Có 37,8% bệnh nhân điều trị bước 2 và 62,2% bệnh

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

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

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

UTPKTBN.

V. KẾT LUẬN

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

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

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

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

TÓM TẮT

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

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

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

SUMMARY

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

*Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đào Ngọc Bằng

Email: bsdaongocbang@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2022

Ngày duyệt bài: 26.8.2022