

môi trường trong trồng và thu hái cây thuốc đều tăng so với trước can thiệp ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Indrayanto G.** Recent Development of Quality Control Methods for Herbal Derived Drug Preparations. *Nat Prod Commun.* 2018; 13(12): 1599-1606.
2. **Balekundri A, Mannur V.** Quality control of the traditional herbs and herbal products: a review. *Future J Pharm Sci.* 2020;6(1):67.
3. **Saha S, Mandal A, Dutta A.** Good Agricultural Practices. In: *Natural Products and Drug Discovery.* Elsevier; 2018:607-631.
4. **Thủ tướng chính phủ.** Quyết định số: 1976/QĐ-TTg, Phê duyệt quy hoạch tổng thể phát triển cây thuốc đến năm 2020 và định hướng đến năm 2030.; 2013.
5. **Presilla M.** The Development of Organic farming in Viet Nam. *J Kaji Wil.* 2018;9(1):14.
6. **Bộ Y tế.** Thông tư số: 19/2019/TT-BYT, Quy định thực hành tốt nuôi trồng, thu hái dược liệu và các nguyên tắc, tiêu chuẩn khai thác dược liệu tự nhiên.; 2019.
7. **Bộ Khoa học và Công nghệ.** Tiêu chuẩn số: TCVN 11041-2:2017, Nông nghiệp hữu cơ – Phần 2: Trồng trọt hữu cơ. Hà Nội: Bộ Khoa học và Công nghệ; 2017.

TỔNG QUAN HỆ THỐNG VỀ LAO THANH QUẢN

Nguyễn Thị Thu¹, Đào Đình Thi², Nguyễn Đình Phúc³

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Tổng quan các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của lao thanh quản. 2. Tổng quan một số yếu tố nguy cơ của lao thanh quản. **Phương pháp nghiên cứu:** tổng quan hệ thống. **Đối tượng nghiên cứu:** Các bài báo khoa học, luận văn, luận án phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, xuất bản bằng tiếng Anh và tiếng Việt. **Kết quả:** 17 tài liệu được lựa chọn đưa vào nghiên cứu; triệu chứng khó nuốt: khàn tiếng 17/17 tài liệu đề cập tỉ lệ 40%-100% và rối loạn nuốt (nuốt đau 12/17 tài liệu đề cập, khó nuốt 7/17 tài liệu và nuốt vướng 2/17 tài liệu) là hai triệu chứng thường gặp nhất; tổn thương gặp ở tất cả các vị trí của thanh quản, trong đó dây thanh 14/17 tài liệu, nắp thanh thất 13/17 tài liệu, băng thanh thất 12/17 tài liệu; tổn thương u hạt (14/17 tài liệu), loét (12/17 tài liệu), viêm không đặc hiệu (12/17 tài liệu) là những tổn thương thường thấy trên lao thanh quản; Xquang ngực được chỉ định ở 14 tài liệu, xét nghiệm đờm được chỉ định ở 13 tài liệu và mô học chỉ định ở 14 tài liệu; tỉ lệ nam gặp cao hơn nữ ở 16/17 tài liệu và thành thị tỉ lệ nhiễm bệnh ít hơn nông thôn

Từ khóa: lao thanh quản

SUMMARY

SYSTEMATIC REVIEW OF LARYNGEAL TUBERCULOSIS

Objectives: 1. Overview of clinical and subclinical symptoms of laryngeal TB. 2. Overview of some etiological factors of laryngeal TB. **Method:** systematic review. **Research object:** Scientific articles, theses and dissertations in accordance with

inclusion and exclusion criteria, published in English and Vietnamese. **Results:** 17 articles were selected to be included in the study; Functional symptoms: hoarseness 17/17 articles mentioned rate 40%-100% and physical disorder (swallowing pain 17 mentioned articles, difficulty struggling 7/17 articles and faltering 2/17 articles) are the two most common symptoms; lesions were found in all locations of the larynx, including vocal cords 14/17 articles, epiglottis 13/17 articles, vestibular fold 12/17 articles; ;granulomatous lesions (14/17 articles), ulcers (12/17 articles), nonspecific inflammation (12/17 articles) are common lesions on laryngeal TB; Chest radiograph is indicated in 14 articles, fuzzy test was indicated only in 13 articles and histology indicated in 14 articles; the rate of male was higher than female in 16/17 articles and in urban The rate of disease was less than in rural area. **Keyword:** laryngeal tuberculosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của Tổ chức y tế thế giới (WHO), bệnh lao là nguyên nhân gây tử vong thứ 2 trong các bệnh nhiễm trùng. Việt Nam vẫn là nước có gánh nặng bệnh lao cao, đứng số 11 trong 30 nước có gánh nặng bệnh lao đa kháng thuốc cao nhất thế giới¹. Nước ta vừa trải qua đại dịch Covid 19 lớn nhất từ trước đến nay, làm gián đoạn không ít đến hoạt động của Chương trình chống lao quốc gia, đây là vấn đề rất đáng được quan tâm trong thời kì phát triển sau dịch bệnh. Theo những nghiên cứu gần đây cho thấy lao thanh quản (LTQ) đang có xu hướng thay đổi, rất đa dạng, không đặc hiệu, tổn thương đa hình thái. Cho đến nay, các nghiên cứu về lao thanh quản trên thế giới cũng như Việt Nam có khá nhiều nhưng chủ yếu là các loạt trường hợp nhỏ. Từ thực tế trên, với mong muốn cung cấp thêm thông tin về đặc điểm bệnh lao thanh quản, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Tổng

¹Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh

²Bệnh viện Tai mũi họng Trung ương

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu

Email: thunguyenhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 29.9.2023

Ngày duyệt bài: 26.10.2023

quan hệ thống về lao thanh quản” với 2 mục tiêu:

1. Tổng quan các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của lao thanh quản
2. Tổng quan một số yếu tố nguy cơ của lao thanh quản

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bài báo khoa học, luận văn, luận án phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, xuất bản bằng tiếng Anh và tiếng Việt

- Tiêu chuẩn lựa chọn

- + Bài báo nghiên cứu đề cập về lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố nguy cơ lao thanh quản xuất bản từ năm 2000
- + Việc tìm kiếm được giới hạn trong các bài báo, tạp chí, luận văn được xuất bản bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt trên Pubmed và Thư viện Đại học Y Hà Nội.

- + Nghiên cứu tìm được toàn văn

- Tiêu chuẩn loại trừ

- + Những bài báo Systematic review có sẵn, các bài báo dạng tổng quan

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Tổng quan hệ thống thực hiện theo hướng dẫn thực hiện của PRISMA tổng hợp đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố nguy cơ của lao thanh quản.

2.2.2. Chiến lược tìm kiếm:

Bảng 3.1. Các nghiên cứu lao thanh quản

STT	Tác giả	Năm xuất bản	Thiết kế nghiên cứu	Cỡ mẫu	Quốc gia	Thời gian nghiên cứu
1	Ai Yufeng	2020	Nghiên cứu hồi cứu	103	Trung Quốc	T1/2010-T1/2020
2	Masashi Kurokawa	2015	Báo cáo loạt ca bệnh	17	Nhật Bản	T4/2009-T3/2013
3	Chen-chi Wang	2007	Loạt ca hồi cứu	26	Đài Loan	1992-2006
4	Jian Zang	2020	Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu	39	Trung Quốc	T1/2013-T12/2019
5	I.Thiam	2018	Nghiên cứu hồi cứu đơn trung tâm	9	Senegal	2011-2015
6	Vikram K.Bhat	2009	Nghiên cứu hồi cứu	32	Ấn độ	1993-2007
7	K YELKEN	2008	Nghiên cứu tiền cứu	19	Thổ Nhĩ Kỳ	
8	Marcia Mendonca Lucena	2015	Nghiên cứu mô tả cắt ngang	24	Brazil	2010-2013
9	Suetaka Nishiike	2002	Báo cáo loạt ca bệnh	15	Nhật bản	1993-2000
10	João Gustavo Corrêa Reis	2016	Mô tả cắt ngang hồi cứu	41	Brazil	2004-2014
11	Santosh Kumar Swain	2018	Mô tả cắt ngang hồi cứu	11	Ấn độ	T12/2013-T1/2018
12	Radhika	2018	Mô tả cắt ngang hồi cứu	15	Ấn Độ	T9/2012-T8/2017
13	F. El Ayoubi	2014	Mô tả cắt ngang hồi cứu	10	Maroc	T1/2004-T12/2009
14	Jae-Yol Lim	2006	Mô tả cắt ngang	60	Hàn quốc	1994-T10/2004
15	Vũ Văn Minh	2001	Mô tả cắt ngang	84	Việt Nam	1990-2001
16	Lê Xuân Sách	2010	Nghiên cứu tiền cứu, mô tả từng ca có can thiệp	45	Việt Nam	T10/2009-T9/2010

- Giai đoạn 1: Thiết lập câu hỏi nghiên cứu
- Giai đoạn 2: Tìm kiếm tài liệu có liên quan thông qua xác định các từ khóa bằng phương pháp PICO

Từ khóa tìm kiếm: Tiếng anh: ("Tuberculosis, Laryngeal " [MeSH]) OR ("Tuberculosis of the Larynx "[Title/Abstract] OR "Laryngeal tuberculosis "[Title/Abstract])) AND (("Signs and Symptoms "[Mesh] OR " Risk factors "[Mesh]) OR ("Signs and Symptoms" [Title/Abstract] OR "Subclinical" [Title/Abstract] OR "Risk factors" [Title/Abstract]))

Tiếng Việt: lao thanh quản

- Giai đoạn 3: Quản lý và lựa chọn tài liệu
- Giai đoạn 4: Trích xuất dữ liệu
- Giai đoạn 5: Phân tích số liệu và báo cáo kết quả

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả tìm kiếm và chọn lọc. Số lượng tìm được với 2 cơ sở dữ liệu Pubmed, Thư viện Đại học Y Hà Nội là 124. Không có trường hợp trùng lặp nào được tìm thấy, 124 tài liệu được rà soát tiêu đề và tóm tắt. Loại bỏ 90 tài liệu không phù hợp ở bước này còn lại 34 nghiên cứu được đưa vào phân tích toàn văn. Sau khi phân tích các bài toàn văn 17 tài liệu được đưa vào nghiên cứu.

3.2. Đặc điểm cơ bản của các nghiên cứu được chọn

17	Bùi Đỗ Hoàng	2016	Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang	37	Việt Nam	T10/2015-T9/2016
----	--------------	------	--------------------------------------	----	----------	------------------

Nhận xét: Bảng 3.1 cho thấy 17 nghiên cứu được đưa vào phân tích, có 10 nghiên cứu cắt ngang, 4 báo cáo loạt ca bệnh; 9 nghiên cứu hiện hồi cứu, 3 nghiên cứu tiến cứu. Đa phần nghiên cứu có ít hơn 100 mẫu, chỉ có duy nhất

một nghiên cứu có 103 mẫu. Ấn Độ và Việt Nam là 2 quốc gia có nhiều tài liệu phù hợp nhất được đưa vào nghiên cứu (3 tài liệu/1 quốc gia).

3.3. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng

Đặc điểm		Số bài báo	Tỉ lệ	Trung bình
Khàn tiếng		17	40%-100%	86,2%
Rối loạn nuốt	Nuốt đau	12	11,7%-75%	36,1%
	Khó nuốt	7	14,3%-43,8%	27,9%
	Nuốt vướng	2	8,1%-40%	24,1%
Cảm giác ở họng	Đau họng	3	6,8%-66,7%	44,5%
	Rối loạn cảm giác họng	1	23,5%	23,5%
	Khó chịu ở họng	2	27,3%-93,8%	60,5%
Ho	Ho không rõ phân loại	6	46,2%-100%	68,2%
	Ho khan	6	3,8%-48,6%	24,4%
	Ho đờm	4	46,7%-69,8%	54,1%
	Ho ra máu	3	2,7%-6,3%	4,0%
Thở	Thở khò khè	2	3,1%-76,5%	39,8%
	Khó thở	9	4,4%-66,7%	22,4%

Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là khàn tiếng (được mô tả ở tất cả 17 tài liệu) với tỷ lệ phân bố từ 40-100%. Rối loạn nuốt đau cũng được mô tả ở 12/17 tài liệu với tỷ lệ phân bố từ 11,7%-75%. Triệu chứng ho không rõ phân loại được mô tả ở 6 tài liệu và có tỷ lệ trung bình khá cao (68,2%). Cảm giác khó chịu ở họng chỉ được mô tả ở 2 tài liệu nhưng lại có nghiên cứu tỷ lệ cao người mắc tới 93,8%.

Bảng 3.3. Đặc điểm nội soi theo vị trí tổn thương

Vị trí		Số lượng	Tỉ lệ	Trung bình
Thượng thanh Mòn	Nắp thanh thiệt	13	9,1-64,1	32,3%
	Băng thanh thất	12	17,8 -66,7	40,1%
	Sụn phễu	11	11,7 -59	35,7%
	Khoảng liên phễu	5	2,2 -33,3	25,0%
	Nẹp phễu thanh thiệt	4	28,6 -61,1	44,3%
	Hạ họng	1	11,5	11,5%
	Hở thanh thiệt	1	33,3	33,3%
Thanh Mòn	Dây thanh	14	28,6 -100	73,9%
	Mép sau	4	3,1 -38,5	18,1%
Hạ thanh môn		6	2,2%-22,2%	9,8

Bảng 3.3 cho thấy những vị trí tổn thương thường gặp nhất gồm dây thanh (14 tài liệu đề cập), nắp thanh thiệt (13 tài liệu đề cập) và băng thanh thất (12 tài liệu đề cập). Tỷ lệ có tổn thương thanh môn trong từng tài liệu cũng khá cao với phân bố từ 28,6-100% và trung bình là 73,9%.

Bảng 3.4. Đặc điểm nội soi theo hình thái tổn thương

Tổn thương	Số tài liệu mô tả	Tỷ lệ xuất hiện tổn thương (%)	Tỷ lệ trung bình các tài liệu (%)
U hạt	14	2,2 -90	42,4
Loét	12	8,1 -50	33,3
Thâm nhiễm, phù	3	30,1 -42,9	35,4

	Số lượng	Tỉ lệ	Trung bình
mề			
Sùi	4	7,1 -42,2	32,9
Ăn mòn, hoại tử	2	2,7 -22,2	12,5
Polyp	3	5,8 -26,7	16,9
Viêm không đặc hiệu	12	8,3 -65,4	29,6

Bảng 3.4 cho thấy U hạt, viêm không đặc hiệu, loét là những đặc điểm tổn thương thường thấy nhất khi được mô tả ở lần lượt 14, 12, 12 tài liệu. Một số tổn thương khác được mô tả như thâm nhiễm phù nề, sùi, ăn mòn hoại tử, polyp.

3.4. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.5. Chỉ định cận lâm sàng

STT	Cận lâm sàng	Số lượng tài liệu có chỉ định
1	X-quang ngực	14

2	Xét nghiệm đờm AFB	13
3	Nuôi cấy trên môi trường BACTEC-MGIT	7
4	PCR	5
5	Mô học	14

Bảng 3.5 Cho thấy những chỉ định cận lâm sàng được chỉ định nhiều nhất trong chẩn đoán lao thanh quản gồm X-quang ngực (14/17 tài liệu), mô học (14 tài liệu) và xét nghiệm đờm (13 tài liệu). Hai chỉ định cận lâm sàng khác cũng được mô tả gồm nuôi cấy trên môi trường BACTEC-MGIT (7 tài liệu) và PCR (6 tài liệu).

3.5. Các yếu tố ảnh hưởng, đặc điểm nhân khẩu học

Bảng 3.6. Đặc điểm yếu tố ảnh hưởng

Đặc điểm	Số bài	Kết quả	Trung bình
Giới tính	17	Tỉ lệ nam: 44,4-90% Tỉ lệ nữ: 10%-55,6%	Nam: 73,2% Nữ: 26,8%
Nơi ở	3	Nông thôn: 60%-68,9% Thành thị: 31,1%-40%	65,5% 34,5%
Hút thuốc	9	21,9%-91,7%	47,6%

Bảng 3.6 Cho thấy nam giới chiếm ưu thế trong nhóm người bệnh lao thanh quản, có những nghiên cứu có tới 90% người bệnh là nam giới. Tỷ lệ người bệnh ở nông thôn cao gần gấp đôi so với thành thị (60-68,9% ở nông thôn và 31,1-40% ở thành thị). Tỷ lệ hút thuốc dao động khá lớn trong khoảng 21,9-91,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

***Triệu chứng cơ năng:** Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là khàn tiếng (được mô tả ở tất cả 17 tài liệu) với tỷ lệ phân bố từ 40-100%. Tác giả Lâm Quang Hiệt cũng gặp 91,1% bệnh nhân có triệu chứng khàn tiếng ở LTQ³, Montejo gặp 81,8%⁵, khá tương đồng trong kết quả của nghiên cứu chúng tôi. Khàn tiếng có thể gặp ở nhiều bệnh lý khác nhau tại thanh quản như: ung thư thanh quản, u lành tính thanh quản, viêm thanh quản, lao thanh quản,... triệu chứng khàn tiếng trong LTQ là do những tổn thương phù nề hoặc loét hoặc sùi, u hạt là giảm sự di động dây thanh, dẫn tới giọng bệnh nhân khàn.

Triệu chứng rối loạn nuốt cũng được mô tả nhiều ở các bài báo. Nuốt đau gặp ở 12/17 bài báo trong khi khó nuốt gặp ở 7/17 bài và nuốt vướng chỉ gặp ở 2/17 bài. Nuốt đau gặp nhiều có thể là do vị trí và loại tổn thương. Mức độ nghiêm trọng của nuốt đau liên quan tới băng thanh thất và thượng thanh môn, thường liên quan tới các tổn thương loét hoặc viêm ở nắp

thanh quản, sụn phổi ,...

Triệu chứng ho không rõ phân loại được mô tả ở 6 tài liệu và có tỷ lệ trung bình khá cao (68,2%), giảm dần tỉ lệ từ ho đờm (46,7%-69,8%), ho khan 3,8%-48,6% và ho ra máu chỉ gặp trung bình 2,4%. Tác giả Lâm Quang Hiệt thống kê tỉ lệ ho khan là 37,5%, ho đờm 62,5% và không gặp ho ra máu³. Ho thay đổi tùy theo tổn thương, có thể là do sự xuất tiết dịch nhầy dính nhiều ứ đọng lại ở hạ họng, tiền đình thanh quản gây kích thích ho khạc, ngoài ra nếu lao thanh quản trên nền lao phổi thì dấu hiệu ho khạc có thể là triệu chứng kết hợp do cả tổn thương ở phổi.

Cảm giác khó chịu ở họng chỉ được mô tả ở 2 tài liệu nhưng lại có nghiên cứu tỷ lệ cao người mắc tới 93,8%.

Dấu hiệu khó thở gặp ở 9/17 bài báo với tỉ lệ 4,4-66,7% trong khi thở khò khè chỉ xuất hiện ở 2/17 bài với tỉ lệ trung bình 39,8%. Theo nghiên cứu của Ramadan thì tỉ lệ khó thở gặp ở 25% bệnh nhân LTQ⁶. Điều này có thể giải thích nguyên nhân là do tổn thương ở phổi.

***Đặc điểm nội soi theo vị trí tổn thương:** Tổn thương có thể gặp ở bất kỳ vị trí nào của thanh quản, một bệnh nhân có thể gặp tổn thương ở 1 hoặc nhiều vị trí. Những vị trí tổn thương thường gặp nhất gồm dây thanh (14 tài liệu đề cập) với tỉ lệ trung bình 73,9%, nắp thanh thiệt (13 tài liệu đề cập) và băng thanh thất (12 tài liệu đề cập), sụn phổi (11 tài liệu đề cập). Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Lâm Quang Hiệt, có khác biệt với nghiên cứu của Montejo là gặp chủ yếu ở thượng thanh môn 90,9% và thanh môn chỉ gặp 18,2%⁵. Theo các nghiên cứu trước đây như Chumakov F1 thì tổn thương gặp chủ yếu ở nửa sau thanh quản (sụn phổi, mép liên phổi, mép sau)⁴, vị trí sụn thanh thiệt hiếm gặp, nếu xuất hiện cũng là giai đoạn lan tràn của LTQ, có thể thấy rằng bộ mặt của LTQ từ những năm 2000 trở đi đã có những sự thay đổi.

***Đặc điểm nội soi theo hình thái tổn thương:** U hạt, viêm không đặc hiệu, loét là những đặc điểm tổn thương thường thấy nhất. Tổn thương u hạt được mô tả ở 14/17 tài liệu với tỉ lệ 2,2-90%, viêm không đặc hiệu được mô tả ở 12/17 tài liệu với tỉ lệ 8,3-65,4%, loét được mô tả ở 12/17 tài liệu gặp ở 8,1-50%, ngoài ra các tổn thương khác như sùi, ăn mòn hoại tử, thâm nhiễm ít gặp hơn. So sánh với nghiên cứu của Lâm Quang Hiệt thì tổn thương sùi lại gặp nhiều nhất, chiếm 37,2%. Tổn thương viêm không đặc hiệu bao gồm xung huyết, phù nề, có thể

xuất hiện ở niêm mạc 2 dây thanh hoặc toàn bộ các vị trí của thanh quản. Bệnh lí ban đầu của LTQ thường xung huyết và phù nề ở niêm mạc nhiễm vi khuẩn lao, sau đó các tổn thương khác sẽ xuất hiện như loét, sùi, u hạt.

Nhìn chung hình thái tổn thương của LTQ là đa hình thái, nhiều giai đoạn xen kẽ nhau, bản chất tổn thương lao là viêm. Do đó các giai đoạn tổn thương có thể xen kẽ nhau tại 1 vị trí.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng. Chúng tôi thấy những chỉ định cận lâm sàng được chỉ định nhiều nhất trong chẩn đoán lao thanh quản gồm X-quang ngực (14/17 tài liệu), mô học (14 tài liệu) và xét nghiệm đờm (13 tài liệu). Hai chỉ định cận lâm sàng khác cũng được mô tả gồm nuôi cấy trên môi trường BACTEC-MGIT (7 tài liệu) và PCR (6 tài liệu)

Xét nghiệm đờm tìm AFB và Xquang phổi là những cận lâm sàng cho kết quả nhanh và phổ biến giúp phát hiện và điều trị kịp thời. Xquang phổi giúp bác sĩ phát hiện những tổn thương phổi trên bệnh nhân LTQ. LTQ có thể chỉ là tổn thương đơn thuần hoặc thứ phát sau lao phổi. Những trường hợp có tổn thương ở phổi thì viện phát hiện LTQ thường dễ dàng hơn cho bác sĩ lâm sàng. Tương tự như Xquang phổi, xét nghiệm đờm tìm AFB dương tính cũng nói lên tổn thương ở phổi và LTQ thường là biểu hiện thứ phát. LTQ là thể lao ngoài phổi có mức độ nguy cơ lây nhiễm cao, dây thanh rung khi phát âm sẽ phát tán vi khuẩn ra môi trường xung quanh. Với bệnh nhân có AFB dương tính thì khả năng lây nhiễm cao. Xét nghiệm AFB sớm là cần thiết, để phát hiện và điều trị kịp thời, hạn chế lây lan. Tuy nhiên với các trường hợp AFB âm tính hoặc Xquang phổi bình thường, chúng ta không loại trừ được nguyên nhân do lao mà phải lưu ý tìm thêm những cận lâm sàng giá trị khác như sinh thiết mô bệnh học, PCR hoặc nuôi cấy môi trường BACTEC MGIT.

Đặc biệt, mô bệnh học là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán LTQ. Tuy nhiên không phải lúc nào mô bệnh học cũng là hình ảnh nang lao điển hình. Vì vậy chẩn đoán LTQ cần phối hợp thêm các cận lâm sàng khác để chẩn đoán như PCR hoặc thậm chí điều trị thử có đáp ứng với thuốc kháng lao.

4.3. Đặc điểm nhân khẩu học, yếu tố ảnh hưởng

***Giới tính:** Giới tính nam chiếm số chủ yếu, với 16/17 tài liệu chiếm trên 50% và 1 tài liệu chiếm 44,4%. Kết quả này cũng tương tự của Lâm Quang Hiệt chiếm 90,7% nam hay Alonso chiếm 72,7%³. Điều này có thể giải thích do nam

giới phải làm nhiều công việc nặng nhọc hơn và tiếp xúc với môi trường độc hại, có những thói quen xấu như uống rượu bia, hút thuốc lá,... làm cơ thể suy giảm tạo điều kiện dễ nhiễm bệnh

***Địa dư:** Tỷ lệ mắc bệnh ở nông thôn cao hơn thành thị ở tất cả các nghiên cứu, tương đồng với nghiên cứu của Lâm Quang Hiệt. Ở nông thôn điều kiện kinh tế thiếu thốn, làm việc quá sức, nhà cửa chật chội, dinh dưỡng kém, không tiêm phòng đầy đủ dẫn đến sức đề kháng với vi khuẩn lao chưa có hoặc yếu,... là những yếu tố làm bệnh lao phát triển

***Hút thuốc lá:** Tỷ lệ hút thuốc lá gặp ở 9/17 nghiên cứu. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào thể hiện mối quan hệ giữa hút thuốc và nguy cơ mắc LTQ. Hút thuốc lá làm kéo dài thời gian phát hiện bệnh

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng cơ năng của bệnh thường bao gồm khàn tiếng, rối loạn nuốt, cảm giác họng bất thường, và các triệu chứng ho khác nhau. Đặc biệt, khàn tiếng được xác định là triệu chứng phổ biến nhất trong các tài liệu nghiên cứu.

Nội soi cho thấy tổn thương trong lao thanh quản có thể xuất hiện ở bất kỳ vị trí nào của thanh quản, với mức độ phổ biến khác nhau. Các hình thái tổn thương thường gặp bao gồm u hạt, loét và viêm không đặc hiệu. U hạt được xác định ở hầu hết các tài liệu và thường xuất hiện với tỷ lệ khá cao.

Cận lâm sàng là bước quan trọng trong việc chẩn đoán lao trong thanh quản. Xquang ngực, xét nghiệm đờm và mô học thường được sử dụng để đánh giá bệnh. Xquang ngực và xét nghiệm đờm cần được thực hiện đối với mọi bệnh nhân nghi ngờ mắc bệnh lao trong thanh quản. Tuy nhiên, tiêu chuẩn vàng chẩn đoán vẫn là mô bệnh học.

Ngoài ra, yếu tố liên quan cũng có vai trò quan trọng trong bệnh lao trong thanh quản. Giới tính và địa phương (nông thôn/thành thị) được xác định là các yếu tố có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc bệnh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chương trình chống lao quốc gia**, Thông cáo báo chí ngày thế giới phòng chống lao 24 tháng 3 năm 2021, 2020.
2. **Hoàng Bùi Đổ**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và vai trò của BACTEC-MGIT trong chẩn đoán lao thanh quản, Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ-Chuyên ngành TMH, Đại học Y Hà Nội, 2016,94.
3. **Hiệt Lâm Quang**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh mô bệnh học Lao thanh quản,

Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú chuyên ngành TMH; Đại học Y Hà Nội, 2008

4. **Chumakov F1, Lukianova MA**, On aspects of laryngeal tuberculosis, Vestn Otorinolaringol.6, 1999, 40.
5. **M.Montejo, M.Alonso et al**, Tuberculosis

laringea: studio de 11 casos, Acta Otorinolaringol, 2001,56.

6. **Ramadan HH, Tarazi AE và Baroudy FM**, Laryngeal tuberculosis: presentation of 16 cases and review of the literature, J Otolaryngol, 1993,41.

KHẢO SÁT TỶ LỆ TĂNG ACID URIC MÁU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TỪ 40 TUỔI TRỞ LÊN TẠI CẦN THƠ

Trần Đặng Đăng Khoa¹, Ngô Hoàng Toàn¹, Nguyễn Trung Kiên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ tăng acid uric máu và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 từ 40 tuổi trở lên tại Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 74 đối tượng bệnh nhân đái tháo đường typ 2 từ 40 tuổi trở lên. Tất cả bệnh nhân được hỏi bệnh và khám lâm sàng, định lượng nồng độ acid uric huyết tương theo phương pháp enzyme. **Kết quả:** Tỷ lệ tăng acid uric máu chung là 39,2%, tỷ lệ tăng acid uric ở nam giới là 45,5% và ở nữ giới là 36,5%. Nồng độ acid uric máu trung bình trong mẫu nghiên cứu là $376,4 \pm 152,3 \mu\text{mol/L}$, nồng độ acid uric máu trung bình ở nam giới là $411,6 \pm 22,7 \mu\text{mol/L}$ và ở nữ giới là $361,5 \pm 23,1 \mu\text{mol/L}$. Nồng độ acid uric máu tương quan thuận yếu với tuổi và cân nặng ($r = 0,282$, $p < 0,05$ và $r = 0,23$, $p < 0,05$). Tương quan thuận vừa với nồng độ creatinine và ure máu ($r = 0,451$, $p < 0,001$ và $r = 0,421$, $p < 0,001$). **Kết luận:** Tăng acid uric máu là thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 trên 40 tuổi và có mối liên quan giữa độ tuổi, cân nặng, ure, creatinine máu và nồng độ acid uric máu. **Từ khóa:** Đái tháo đường typ 2, acid uric.

SUMMARY

SURVEY ON THE RATE OF HYPERURICEMIA AND SOME RELATED FACTORS IN TYPE 2 DIABETES PATIENT OVER 40 YEARS OLD IN CAN THO

Objectives: Determine the rate of hyperuricemia and some related factors in type 2 diabetes patients over 40 years old in Can Tho. **Subjects and methods:** A cross - sectional study on 74 patients with diabetes mellitus type 2 over 40 years old. Plasma acid uric levels were quantified by enzyme in all the patients. **Results:** The rate of hyperuricemia in patients over 40 years old with type 2 diabetes was 39.2%. The rate of the male was 45.5%, the female was 36.5%. Average serum uric acid concentration

was $376.4 \pm 152.3 \mu\text{mol/L}$ and $411.6 \pm 22.7 \mu\text{mol/L}$ while in men, $361.5 \pm 23.1 \mu\text{mol/L}$ in women. Research also indicates that there was a positive correlation between uric acid levels with age, weight, creatinine and ure ($r=0.282$, $r=0.23$, $r=0.451$, $r=0.421$) ($p < 0.05$). **Conclusions:** Through this study, hyperuricemia in patients over 40 years old with type 2 diabetes is highly prevalent and is associated with age, weight, creatinine and ure.

Keywords: type 2 diabetes, uric acid.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường hiện nay đang trở thành một vấn đề toàn cầu với tỷ lệ mắc vào năm 2019 ước tính là vào khoảng 9,3% dân số thế giới với 463 triệu người, dự kiến tăng lên vào khoảng 10,2% (578 triệu người) vào năm 2030 và 10,9% (700 triệu người) vào năm 2045. Các yếu tố liên quan đến chi phí kinh tế và biến chứng của đái tháo đường đang là gánh nặng của nhiều quốc gia trên thế giới trong đó có Việt Nam [1]. Trước đây việc quan tâm đến sự gia tăng nồng độ acid uric máu chủ yếu thông qua bệnh gout và lắng đọng gâu sỏi ở thận, nhưng theo quan điểm hiện nay với càng ngày càng có nhiều bằng chứng chứng minh nồng độ acid uric máu tăng cao có vai trò quan trọng trong việc phát triển hội chứng chuyển hóa cũng như bệnh đái tháo đường typ 2, thông qua nhiều cơ chế như thúc đẩy tình trạng đề kháng insulin hay quá trình viêm. Và bản thân sự gia tăng nồng độ acid uric máu cũng có liên quan mật thiết với tình trạng viêm hệ thống, bệnh lý thận, bệnh lý tim mạch và chuyển hóa, điển hình như nghiên cứu gần đây cho thấy bản thân nồng độ acid uric máu là một yếu tố nguy cơ độc lập gây xơ vữa động mạch cảnh ở nam giới không mắc hội chứng chuyển hóa [2], [4], [5]. Sự tác động qua lại khá rõ ràng giữa nồng độ acid uric máu và bệnh đái tháo đường typ 2 nên vì lẽ đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Khảo sát tỷ lệ tăng acid uric máu và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đặng Đăng Khoa

Email: tddkhoa@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 28.9.2023

Ngày duyệt bài: 26.10.2023