

hiều độ tuổi khác nhau chủ yếu ở lứa tuổi trung niên, mô bệnh học thường là ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa, thường ở giai đoạn xâm lấn tại chỗ, tỷ lệ di căn hạch cao. Phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô 1/3 dưới dạ dày tương đối an toàn, khả thi và ít biến chứng. Kết quả xa phụ thuộc vào hóa trị hỗ trợ sau mổ cũng như giai đoạn bệnh và tình trạng di căn hạch của bệnh nhân.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Khánh Toàn.** Đánh giá kết quả hoá trị triệu chứng phác đồ XELOX cho Ung thư dạ dày giai đoạn muộn. Published online 2013.
2. **Cunningham D, Starling N, Rao S, et al.** Capecitabine and oxaliplatin for advanced esophagogastric cancer. *N Engl J Med.* 2008;358(1):36-46. doi:10.1056/NEJMoa073149
3. **Trịnh Hồng Sơn.** Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày 2001 — LUẬN AN TIẾN SĨ - Cơ sở dữ liệu toàn văn. Published 2001. Accessed April 24, 2023. <http://luanan.nlv.gov.vn/luanan?a=d&d=TTbFfqZJwpoO2001.1.26>
4. **Nguyễn Lâm Hòa.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh, kết quả điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày và hóa chất hỗ trợ tại bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng. Published online 2008.
5. **Nguyễn Trọng Đạt, Nguyễn Hoàng Minh, Nguyễn Văn Trọng, Bùi Long.** Kết quả sớm phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư biểu mô dạ dày ở bệnh nhân dưới 40 tuổi tại bệnh viện K. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2023;523(2). doi:10.51298/vmj.v523i2.4491
6. **Nguyễn Văn Thương.** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô dạ dày giai đoạn tiến triển tại bệnh viện Việt Đức. Published online 2015.
7. **Đặng Quốc Ái, Trịnh Lê Huy.** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi kết hợp hóa chất trị liệu trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2023;524(2). doi:10.51298/vmj.v524i2.4894
8. **Đặng Quốc Ái, Vũ Khang Ninh.** Phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới dạ dày điều trị ung thư biểu mô dạ dày một nghiên cứu hồi cứu đa trung tâm. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2023;524(1B). doi:10.51298/vmj.v524i1B.4782
9. **Bang YJ, Kim YW, Yang HK, et al.** Adjuvant capecitabine and oxaliplatin for gastric cancer after D2 gastrectomy (CLASSIC): a phase 3 open-label, randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl.* 2012; 379(9813): 315-321. doi:10.1016/S0140-6736(11)61873-4

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN LAO PHỔI CÓ ĐỒNG NHIỄM VI KHUẨN

Nguyễn Hải Công<sup>1</sup>, Nguyễn Minh Thế<sup>1</sup>, Nguyễn Công Trường<sup>1</sup>, Nguyễn Thành Trung<sup>1</sup>, Lê Thị Thu Lan<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân lao phổi và có đồng nhiễm vi khuẩn điều trị tại Bệnh viện Quân y 175. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang ở 80 bệnh nhân lao phổi mới, điều trị nội trú tại Khoa Lao và bệnh phổi - Bệnh viện quân y 175 từ tháng 1/2022 đến tháng 5/2023. Nhóm lao phổi đơn thuần gồm 40 bệnh nhân và nhóm lao phổi có đồng nhiễm gồm 40 bệnh nhân. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân lao phổi có các bệnh đồng mắc chiếm 78,8%, bệnh nhân đồng nhiễm vi khuẩn có tỷ lệ bệnh đồng mắc cao hơn nhóm không có đồng nhiễm. Ho khan và rale nổ ở phổi chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 65% và 58%, gặp nhiều hơn ở nhóm có đồng nhiễm so với nhóm không có đồng nhiễm. Bạch cầu và Neutrophil tăng cao hơn có ý nghĩa ở nhóm bệnh nhân có đồng nhiễm. Nồng độ CRP máu tăng cao ở cả 2 nhóm, trong đó cao hơn ở nhóm có đồng nhiễm và nồng độ

albumin máu giảm thấp hơn ở nhóm có đồng nhiễm. Tổn thương phổi rộng gặp nhiều hơn ở nhóm có đồng nhiễm (90%). Ngày nằm điều trị trung bình của nhóm có đồng nhiễm là 13,7±1,2 ngày, cao hơn nhóm không đồng nhiễm (9±1,8). **Kết luận:** Bệnh nhân lao phổi có đồng nhiễm có tỷ lệ bệnh đồng mắc cao hơn, hay gặp triệu chứng khó thở và rale nổ ở phổi hơn. Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính và CRP cao hơn, tổn thương phổi rộng hơn ở bệnh nhân lao phổi có đồng nhiễm và ngày nằm điều trị trung bình cao hơn so với nhóm không có đồng nhiễm.

**Từ khóa:** Lao phổi; Đồng nhiễm vi khuẩn; Lao phổi đồng nhiễm vi khuẩn

#### SUMMARY

#### CHARACTERIZING CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES OF PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS WITH BACTERIAL CO-INFECTIONS

**Objectives:** This study aimed to identify key clinical and subclinical characteristics of patients with pulmonary tuberculosis and bacterial co-infections treated at Military Hospital 175. **Subjects and Methods:** We conducted a prospective, cross-sectional study involving 80 patients diagnosed with pulmonary tuberculosis. These patients received treatment at the Department of Tuberculosis and Lung

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hải Công

Email: [nguyen\\_med@ymail.com](mailto:nguyen_med@ymail.com)

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2023

Ngày duyệt bài: 10.11.2023

Disease, Military Hospital 175, between January 2022 and May 2023. The study cohort comprised two groups: one with 40 patients having pulmonary tuberculosis alone and the other with 40 patients having pulmonary tuberculosis with co-infections. **Results:** Among the pulmonary tuberculosis patients, 78.8% had co-morbidities, with those having bacterial co-infections exhibiting a higher prevalence of co-morbidities compared to those without co-infections. Notably, dry cough (65%) and lung crackles (58%) were more frequently observed in the co-infection group than in the non-co-infection group. Additionally, patients with co-infections had significantly elevated white blood cell (WBC) and neutrophil counts. C-reactive protein (CRP) levels in the blood were increased in both groups, but they were notably higher in the co-infection group. Conversely, blood albumin levels were lower in the co-infection group. Large-area lung lesions were more prevalent in the co-infected group (90%). On average, patients with co-infections had a longer treatment duration (13.7±1.2 days) compared to those without co-infections (9±1.8 days). **Conclusion:** In summary, pulmonary tuberculosis patients with co-infections exhibited a higher rate of co-morbidities, a greater occurrence of dyspnea and lung crackles, elevated neutrophil counts, higher CRP levels, more extensive lung lesions, and a longer duration of treatment compared to those without co-infections. **Keywords:** Pulmonary tuberculosis, Bacterial Co-infections, Pulmonary Tuberculosis with Bacterial Co-infections

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao phổi hiện là một gánh nặng bệnh tật toàn cầu, đặc biệt ở các nước kém và đang phát triển. Hiện nay toàn thế giới ước tính có khoảng 2,2 tỷ người đã và đang mắc lao. Năm 2018, ước tính toàn cầu có khoảng 10 triệu người mắc lao phổi mới và 1,3 triệu người chết do lao. Bệnh lao đang đứng ở hàng thứ 5 về nguyên nhân tử vong do bệnh tật [1]. Việt Nam là quốc gia đứng thứ 12 trong 22 nước có số lượng bệnh nhân lao cao nhất thế giới và đứng thứ 3 trong khu vực Tây Thái Bình Dương về số lượng bệnh nhân lao. Trong khi đó, viêm phổi mắc phải cộng đồng là bệnh thường gặp và hiện tại vẫn là một trong những căn nguyên chính gây tử vong trên thế giới. Tại Mỹ, viêm phổi đứng hàng thứ 6 trong số các căn nguyên gây tử vong và là nguyên nhân tử vong số 1 trong các bệnh truyền nhiễm. Các căn nguyên gây viêm phổi thường gặp là *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*...

Đồng nhiễm vi khuẩn lao với các vi khuẩn khác ở phổi đã được mô tả, đặc biệt là ở những quần thể có nguy cơ cao như nhiễm HIV/AIDS, đái tháo đường... [2] [3]. Để phân biệt sớm lao

phổi và viêm phổi cộng đồng còn gặp nhiều khó khăn trong thực hành lâm sàng. Do đó, việc chẩn đoán và điều trị đặc hiệu theo căn nguyên thường muộn, hoặc chưa thích đáng. Mặt khác, các nghiên cứu đã chứng minh, nhưng bệnh nhân lao phổi có đồng nhiễm thêm vi khuẩn thường diễn biến nặng nề hơn và tiên lượng xấu hơn [4],[5]. Vì vậy, việc xác định sớm các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn đoán tình trạng đồng nhiễm vi khuẩn có ý nghĩa hết sức quan trọng trong điều trị, cũng như tiên lượng ở bệnh nhân lao phổi.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 80 bệnh nhân được chẩn đoán xác định lao phổi mới, AFB dương tính và điều trị nội trú tại Khoa lao và bệnh phổi, Bệnh viện quân y 175 từ tháng 1/2022 – 5/2023.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định lao phổi mới, AFB dương, theo tiêu chuẩn của Bộ y tế năm 2020 [15]. Được chia làm 2 nhóm:

- Nhóm lao phổi có đồng nhiễm vi khuẩn:
  - + Có hội chứng nhiễm trùng cấp trên lâm sàng và xét nghiệm.
  - + Kết quả nuôi cấy dịch rửa phế quản có mọc vi khuẩn khác ngoài lao.
- Nhóm lao phổi đơn thuần:
  - + Không có hội chứng nhiễm trùng cấp tính.
  - + Kết quả nuôi cấy dịch rửa phế quản không mọc vi khuẩn.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** - Bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán lao phổi.

- Bệnh nhân có viêm phổi bệnh viện.
- Bệnh nhân có chống chỉ định nội soi phế quản ống mềm và không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện.

Thu thập dữ liệu nghiên cứu theo mẫu bệnh án thống nhất. Các xét nghiệm trong nghiên cứu được thực hiện theo quy trình chuẩn tại Bệnh viện quân y 175.

**Xác định và đánh giá tổn thương trên phim cắt lớp vi tính lồng ngực [6]:**

- + Hình ảnh nụ trên cành: Là các nốt mờ nhỏ đậm độ mô mềm, giới hạn rõ ở trung tâm tiểu thùy, đường kính 2-4mm, thường ở ngoại vi phổi, cách bề mặt màng phổi 3-5mm, kết hợp với các đường mờ chia nhánh giống cành cây có nụ chồi, dấu hiệu này là biểu hiện ứ đọng các chất nhầy, mủ hoặc dịch viêm ở các phế nang và phế quản nhỏ.

+ Đông đặc, thâm nhiễm nhu mô phổi: Là các hình thâm nhiễm (mờ) không thuần nhất, hoặc thuần nhất, có thể thấy hình ảnh "phế quản hơi" bên trong đám mờ.

+ Hình ảnh kính mờ: Là hình mờ ở nhu mô phổi, mờ nhạt nhưng không làm mất hình ảnh mạch máu ở trong hình mờ đó. Dấu hiệu này phản ánh độ dày tối thiểu các vách phế nang, xuất hiện các tế bào viêm hoặc dịch trong phế nang.

+ Tổn thương hang: Hình sáng được giới hạn rõ rệt bởi một bờ liên tục, đường kính nhỏ 0,5cm hoặc có thể lớn hơn 4cm, bên trong hang thường nhẵn, có thể có mức khí dịch. Xung quanh hang thường có các tổn thương thâm nhiễm hoặc đông đặc nhu mô phổi, xơ hóa co kéo các tổ chức phổi.

**Đánh giá mức độ tổn thương: theo Hội lồng ngực Hoa Kỳ (2000) [7]:**

- Tổn thương phổi hẹp: Tổn thương ở một hoặc hai phổi nhưng tổng diện tích không vượt quá một phân thùy phổi, trong tổn thương không có hang.

- Tổn thương phổi trung bình: Tổn thương có ở một hoặc hai phổi, tổng diện tích tổn thương không vượt quá một thùy phổi hay 1/3 diện tích của một phổi, hoặc có hang nhưng tổng đường kính của các hang không quá 4cm.

- Tổn thương phổi rộng: Tổng diện tích tổn thương lớn hơn một thùy phổi, tổng đường kính các hang lao trên 4cm.

**Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Các biến số định tính được so sánh bằng test Chi bình phương, biến số định lượng bằng Student's t test cho 2 mẫu độc lập và test ANOVA cho trường hợp có từ 3 mẫu trở lên.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu**

**Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Tổng (n=80)	Có đông nhiễm	Không đông nhiễm	p
Tuổi	54,5 ± 17	56,9 ± 16	52,6 ± 18	0,25
Giới	Nam	63 (78,8%)	32 (50,8%)	0,78
	Nữ	17 (21,3%)	8 (47,1%)	
Có bệnh đồng mắc	63 (78,8%)	37 (58,7%)	26 (41,3%)	0,003
Đái tháo đường	26 (32,5%)	12 (46,2%)	14 (53,8%)	0,63
Hội chứng Cushing	14 (17,5%)	10 (71,4%)	04 (28,6%)	0,07
Ngày điều trị	11,4 ± 2,9	13,7±1,2	09 ± 1,8	0,005

**Nhận xét:** Tuổi trung bình bệnh nhân nghiên cứu là: 54,5 ± 17 tuổi, nam giới chiếm 78,8% và nữ giới chiếm 21,3%. Tỷ lệ bệnh nhân có bệnh đồng mắc cao (78,8%), trong đó nhóm có đông nhiễm có tỷ lệ bệnh đồng mắc cao hơn

nhóm không có đông nhiễm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Ngày nằm điều trị trung bình của nhóm có đông nhiễm là 13,7±1,2 ngày, cao hơn nhóm không đông nhiễm (9±1,8 ngày).

**Bảng 2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng**

Đặc điểm lâm sàng	Tổng (n=80)	Có đông nhiễm	Không đông nhiễm	p
Sốt (n, %)	38 (47,5%)	22 (57,9%)	16 (42,1%)	0,17
Mệt mỏi (n, %)	33 (41,3%)	19 (57,6%)	14 (42,4%)	0,25
Chán ăn (n, %)	38 (47,5%)	21 (55,3%)	17 (44,7%)	0,37
Gầy sút cân (n, %)	19 (23,8%)	12 (63,2%)	07 (36,8%)	0,19
Ho khan (n, %)	52 (65%)	27 (51,9%)	25 (48,1%)	0,63
Ho máu (n, %)	14 (17,5%)	03 (21,4%)	11 (78,6%)	0,02
Đàm đục (n, %)	14 (17,5%)	9 (64,3%)	05 (35,7%)	0,24
Tức ngực (n, %)	14 (17,5%)	07 (50%)	07 (50%)	0,9
Khó thở (n, %)	46 (57,5%)	29 (63%)	17 (37%)	0,007
Rale nổ (n, %)	47 (58,8%)	30 (63,8%)	17 (36,2%)	0,007

**Nhận xét:** ho khan và rale nổ là các triệu chứng gặp nhiều nhất, với tỷ lệ là 65% và 58,8%. Triệu chứng ít gặp hơn là khạc đờm, ho máu và tức ngực. Triệu chứng khó thở, rale nổ ở phổi ở nhóm có đông nhiễm gặp nhiều hơn so với

nhóm không có đông nhiễm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Triệu chứng ho máu gặp ít hơn ở nhóm có đông nhiễm so với nhóm không đông nhiễm.

**3.2. Đặc điểm triệu chứng cận lâm sàng**

**Bảng 3. Đặc điểm xét nghiệm sinh hóa và huyết học**

Biến số	Tổng (n=80)	Có đồng nhiễm	Không đồng nhiễm	p
Bạch cầu (X±SD, G/l)	11,1 ± 4,8	11,9 ± 4,8	10,3 ± 4,7	0,14
Bạch cầu tăng (n, %)	36 (45%)	20 (55,6%)	16 (44,4%)	0,36
Neutrophil tăng (n, %)	49 (61,3%)	29 (59,2%)	20 (40,8%)	0,04
Lympho giảm (n, %)	24 (30%)	17 (70,8%)	07 (29,2%)	0,01
Hồng cầu (T/l)	4,1 ± 0,7	4,2 ± 0,7	4,1 ± 0,7	0,7
Huyết sắc tố (g/l)	13,4 ± 14,5	11,5 ± 1,9	15,5 ± 20,2	0,2
Tiểu cầu (G/l)	334 ± 265	305 ± 150	364 ± 342	0,3
Ure (mmol/L)	6,8 ± 4,4	7,3 ± 5,1	6,3 ± 3,6	0,37
Creatinin (umol/ml)	120,7 ± 132,2	149 ± 180	92,4 ± 33,1	0,05
Lactat (mmol/L)	2,5 ± 1,4	2,5 ± 1,3	2,5 ± 1,6	0,9
CRP (mg/L)	84,7 ± 75,7	101,4 ± 85,7	68 ± 60,8	0,048
Albumin (g/l)	31,3 ± 5,1	29,6 ± 5,1	32,9 ± 4,5	0,003

**Nhận xét:** Tỷ lệ bạch cầu Neutrophil tăng chiếm tỷ lệ khá cao, gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân có đồng nhiễm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nồng độ CRP máu tăng cao ở cả 2 nhóm, trong đó cao hơn ở nhóm có đồng nhiễm và nồng độ albumin máu giảm thấp hơn có ý nghĩa ở nhóm có đồng nhiễm.

**Bảng 4. Đặc điểm hình ảnh Xquang ngực chuẩn**

Đặc điểm tổn thương	Tổng	Có đồng nhiễm	Không đồng nhiễm	p
Thâm nhiễm, đồng đặc	68 (85%)	39 (57,4%)	29 (42,6%)	0,002
Nốt mờ	29 (36,3%)	13 (44,8%)	16 (55,2%)	0,48
Xơ – vôi	26 (32,5%)	16 (61,5%)	10 (38,5%)	0,15
Phá hủy hang	34 (42,5%)	20 (58,8%)	14 (41,2%)	0,17

**Nhận xét:** Tổn thương hay gặp nhất là thâm nhiễm, đồng đặc chiếm 85%, gặp nhiều hơn ở nhóm có đồng nhiễm. Xơ hóa và phá hủy hang ở phổi ở nhóm có đồng nhiễm cũng gặp với tỷ lệ cao hơn.

**Bảng 5. Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính phổi**

Đặc điểm tổn thương	Tổng (n=80)	Có đồng nhiễm	Không đồng nhiễm	p	
Kính mờ	42 (52,5%)	25 (59,5%)	17 (40,5%)	0,07	
Đồng đặc	63 (78,8%)	31 (49,2%)	32 (50,8%)	0,75	
Nụ trên cành	37 (46,3%)	17 (45,9%)	20 (54,1%)	0,5	
Hang	45 (56,3%)	23 (51,1%)	22 (48,9%)	0,8	
Diện tích tổn thương:	Hẹp	14 (17,5%)	02 (14,3%)	12 (85,7%)	0,003
	Trung bình	55 (68,8%)	28 (50,9%)	27 (49,1%)	0,8
	Rộng	10 (12,5%)	09 (90%)	01 (10%)	0,007

**Nhận xét:** Tổn thương trên phim cắt lớp vi tính phổi hay gặp nhất là đồng đặc nhu mô phổi chiếm 78,8%, phá hủy hang chiếm 56,3%. Phần lớn bệnh nhân có diện tổn thương trung bình chiếm 68,8%. Diện tổn thương hẹp gặp nhiều hơn ở nhóm không có đồng nhiễm, ngược lại, diện tổn thương rộng gặp nhiều hơn ở nhóm có đồng nhiễm.

#### IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu, tuổi trung bình nhóm bệnh nhân nghiên cứu là: 54,5 ± 17 tuổi, trong đó tỷ lệ nam/nữ là 2,4, phù hợp với đặc điểm dịch tễ lao phổi tại Việt Nam. Kết quả này tương tự với tỉ lệ nam/nữ mắc bệnh lao năm 2019 tại Việt Nam. Độ tuổi trung bình và tỷ lệ nam/nữ tương đương nhau giữa 2 nhóm. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Angi F và cộng sự, khi nghiên cứu trên 137 bệnh nhân được chẩn đoán lao phổi và có

đồng nhiễm, với độ tuổi trung bình là 52 tuổi, nam giới chiếm 54% [8]. Về bệnh đồng mắc và các yếu tố nguy cơ, đa số người bệnh có ít nhất một bệnh đồng mắc (78,8%), tỷ lệ có bệnh đồng mắc gặp nhiều hơn ở nhóm lao phổi có đồng nhiễm chiếm (58,7%). Điều này có thể lý giải được, ở bệnh nhân có bệnh lý đồng mắc đặc biệt đái tháo đường, hoặc tim mạch thì hệ miễn dịch cũng bị suy giảm bệnh nhân dễ bị mắc các bệnh nhiễm trùng trong đó có lao và vi khuẩn khác. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Qi M và CS (2021) với 70% bệnh nhân có ít nhất 1 yếu tố nguy cơ hay bệnh đồng mắc. Các bệnh đồng mắc thường gặp nhất là đái tháo đường, bệnh tim mạch... tương tự như các nghiên cứu trước đây [9].

Về triệu chứng lâm sàng, cũng giống như các nghiên cứu trước đây tần suất các triệu chứng lâm sàng của lao phổi thường gặp là sốt (47,5%), ho khan (65%), khó thở (57,5%), ho

máu (17,5%). Tuy nhiên có sự khác biệt rõ rệt giữa triệu chứng khó thở ở nhóm bệnh nhân lao phổi có đồng nhiễm và nhóm bệnh nhân lao không có đồng nhiễm (63% so với 37%), ngược lại họ máu gặp ít hơn ở nhóm lao phổi có đồng nhiễm (21,4% so với 78,6%). Kết quả này có thể được luận giải sự khác biệt sinh bệnh học giữa bệnh nhân lao phổi và viêm phổi cộng đồng. Các triệu chứng lâm sàng trong lao phổi, đặc biệt là triệu chứng thực thể thường nghèo nàn, nhất là giai đoạn đầu của bệnh hoặc ở những bệnh nhân có tổn thương hẹp khu trú, lao thể nốt. Những bệnh nhân lao phổi có tổn thương rộng hoặc ở các trường hợp khởi phát bệnh cấp tính, hoặc có đồng nhiễm các triệu chứng lâm sàng thường rõ ràng và rầm rộ hơn. Nghiên cứu của tác giả Đinh Thị Hòa (2021) nghiên cứu trên 221 bệnh nhân được chia làm 3 nhóm: 107 bệnh nhân lao phổi AFB (-); 33 bệnh nhân lao phổi AFB (+); 81 bệnh nhân viêm phổi không lao, kết quả cho thấy khó thở ở nhóm lao phổi AFB (-) và lao phổi AFB (+) lần lượt là 12,1% và 24,2%, trong khi đó tỷ lệ này ở nhóm viêm phổi là 30,9%. Ngược lại triệu chứng ho máu của nhóm lao phổi AFB (-) và AFB (+) lần lượt là 21,3 % và 13,6% cao hơn có ý nghĩa với nhóm viêm phổi (9%) [10]. Về triệu chứng thực thể, nghiên cứu thấy có sự khác biệt rõ rệt giữa nhóm lao phổi có đồng nhiễm và không đồng nhiễm về triệu chứng rale nổ (63,8% so với 36,2%). Điều này có thể giải thích được, nguyên nhân của rale nổ là do các phế nang xuất tiết dịch viêm thường gặp trong các trường hợp viêm cấp tính. Nghiên cứu của Đinh Thị Hòa cho thấy rale nổ gặp ở nhóm lao phổi AFB (-) và lao phổi AFB (+) lần lượt là 15,9% và 24,3% trong khi đó nhóm viêm phổi là 40,7% [10].

Về đặc điểm cận lâm sàng, nhóm lao phổi có đồng nhiễm có tỷ lệ tăng Neutrophil cao hơn (59,2% so với 40,8%) và giảm lympho bào nhiều hơn so với nhóm không phổi nhiễm (70,8% so với 29,2%). Các nghiên cứu đã chứng minh đáp ứng miễn dịch sinh lý của bạch cầu trong máu đối với các tác nhân nhiễm trùng cấp tính được đặc trưng bởi gia tăng số lượng bạch cầu hạt và suy giảm số lượng bạch cầu lympho [11]. Sự gia tăng số lượng bạch cầu đặc biệt bạch cầu đa nhân trung tính là một phản ứng viêm, đặc biệt khi gây ra bởi vi khuẩn. Đồng thời giảm bạch cầu hạt cũng được mô tả như một dấu hiệu của chuẩn đoán nhiễm khuẩn [12]. Tác giả Yoon và cộng sự (2013), nghiên cứu 206 bệnh nhân được chia làm 2 nhóm viêm phổi do lao và vi khuẩn khác. Tác giả đã so sánh tỷ lệ bạch cầu đa

nhân trung tính và bạch cầu lympho giữa 2 nhóm, kết quả cho thấy có sự khác biệt rõ rệt. Và tỷ lệ bạch cầu N/L < 7 là điểm cut – off tốt nhất để phân biệt bệnh nhân lao so với bệnh nhân viêm phổi với độ nhạy là 91,1%, độ đặc hiệu 81,9%, giá trị tiên đoán dương 85,7% và giá trị tiên đoán âm 88,5% [13]. Về xét nghiệm sinh hóa, nồng độ CRP huyết thanh ở nhóm lao phổi có đồng nhiễm cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không có đồng nhiễm. Ngược lại, nồng độ albumin ở nhóm có đồng nhiễm thấp hơn có ý nghĩa với nhóm lao phổi không đồng nhiễm. Nồng độ CRP là một chỉ dấu phản ánh của đáp ứng viêm cấp và là một dấu ấn sinh học đánh giá tình trạng viêm được sử dụng phổ biến nhất hiện nay.

Về đặc điểm trên phim Xquang ngực chuẩn, qua nghiên cứu cho thấy các hình ảnh tổn thương phổi hay gặp ở bệnh nhân lao phổi là thâm nhiễm, đông đặc (85%), dạng nốt (36,3%), xơ – vôi (32,5%), hang (42,5%). Trong đó, có sự khác biệt về tỷ lệ tổn thương thâm nhiễm giữa 2 nhóm lao phổi có đồng nhiễm và không đồng nhiễm (57,4% so với 42,6%). Kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Đinh Thị Hòa (2021), tổn thương mờ thuần nhất gặp cao hơn ở nhóm viêm phổi so với nhóm lao phổi AFB (-) và AFB (+) [10]. Xquang phổi chuẩn là một phương pháp hữu ích để định hướng chẩn đoán lao phổi cũng như viêm phổi. Trong đó, tổn thương điển hình của viêm phổi cấp hình mờ đồng đều chiếm toàn bộ thùy phổi và có hình ảnh phế quản hơi bên trong, còn tổn thương của lao mang đặc điểm tổn thương ưu thế vùng cao, tính chất lan tràn, mạn tính và phá hủy hang. Do đó tổn thương thâm nhiễm có thể gặp ở cả nhóm bệnh nhân lao phổi cũng như viêm phổi cấp. Trong khi đó các tổn thương dạng nốt, vôi – xơ, hoặc phá hủy hang thì ít gặp hơn ở bệnh nhân viêm phổi thông thường.

Về tổn thương trên phim cắt lớp vi tính phổi, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các tổn thương hay gặp ở bệnh nhân lao phổi là kính mờ (52,5%), đông đặc (78,8%), nụ trên cành (46,3%), hang (56,3%), tuy nhiên không có sự khác biệt giữa 2 nhóm lao phổi có đồng nhiễm và không có đồng nhiễm. Chỉ có sự khác biệt giữa 2 nhóm về diện tổn thương, nghiên cứu cho thấy diện tổn thương phổi rộng gặp nhiều hơn ở nhóm có đồng nhiễm, và ngược lại diện tổn thương hẹp gặp nhiều ở nhóm không có đồng nhiễm. Nghiên cứu của Lin và cộng sự (2011), nghiên cứu trên 182 bệnh nhân lao phổi, trong đó có 54 bệnh nhân có đồng nhiễm (29,7%), kết quả cho thấy tổn thương dạng đông đặc và diện

tổn thương liên quan nhiều thùy gặp nhiều hơn ở nhóm có đồng nhiễm.

## V. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân lao phổi có đồng nhiễm gặp bệnh đồng mắc cao hơn.
- Triệu chứng khó thở và rale nổ gặp nhiều hơn ở nhóm có đồng nhiễm, ngược lại triệu chứng ho máu ít gặp hơn.
- Nồng độ CRP máu, bạch cầu và Neutrophil tăng cao hơn ở nhóm lao phổi có đồng nhiễm
- Diện tích tổn thương phổi rộng hơn ở nhóm có đồng nhiễm.
- Thời gian nằm viện ở nhóm lao phổi có đồng nhiễm vì khuẩn dài hơn so với nhóm không có đồng nhiễm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2019), "Báo cáo tổng kết hoạt động chương trình chống lao 2018 và phương hướng hoạt động năm 2019. Bộ Y tế. Hội nghị tổng kết công tác chống lao toàn quốc 3/2019", Chương trình chống lao quốc gia, tr. 154.
2. **Iliyasu G., et al.** (2018), "Gram-negative bacilli are a major cause of secondary pneumonia in patients with pulmonary tuberculosis: evidence from a cross-sectional study in a tertiary hospital in Nigeria", *Trales R Soc Trop Med Hyg*, 112(5), 252-254.
3. **Moore D. P., Klugman K. P., Madhi S. A.** (2010), "Role of *Streptococcus pneumoniae* in hospitalization for acute community-acquired pneumonia associated with culture-confirmed

- Mycobacterium tuberculosis in children: a pneumococcal conjugate vaccine probe study", *Pediatr Infect Dis J*, 29(12), 1099-04.
4. **Shimazaki T., et al.** (2018), "Bacterial co-infection and early mortality among pulmonary tuberculosis patients in Manila, The Philippines", *Int J Tuberc Lung Dis*, 22(1), 65-72.
5. **Van der Heijden Y. F., et al.** (2012), "Fluoroquinolone exposure prior to tuberculosis diagnosis is associated with an increased risk of death", *Int J Tuberc Lung Dis*, 16(9), 1162-7.
6. **Hansell D. M., et al.** (2008), "Fleischner Society: glossary of terms for thoracic imaging", *Radiology*, 246(3), 697-722.
7. **American Thoracic Society and the Centers for Disease Control.** Diagnostic Standards and Classification of Tuberculosis in Adults and Children. This Official Statement of the American Thoracic Society and the Centers for Disease Control and Prevention was Adopted by the ATS Board of Directors, July 1999. This Statement was Endorsed by the Council of the Infectious Disease Society of America, September 1999. *Am J Respir Crit Care Med*; 2000.161(4 Pt 1):1376-95.
8. **Attia E. F., et al.** (2019), "Tuberculosis and other bacterial co-infection in Cambodia: a single center retrospective cross-sectional study", *BMC Pulm Med*, 19(1), 60.
9. **Qi M., et al.** (2021), "Clinical features of atypical tuberculosis mimicking bacterial pneumonia", *Open Med (Wars)*, 16(1), 1608-1615.
10. **Đinh Thị Hòa** (2021), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính độ phân giải cao và nồng độ một số cytokine huyết thanh ở bệnh nhân lao phổi mới AFB âm tính". Luận án tiến sĩ y học, Học Viện Quân Y.

## KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THẬN BÁN PHẦN KẸP CHỌN LỌC ĐỘNG MẠCH THẬN ĐIỀU TRỊ U THẬN

Nguyễn Đạo Uyên<sup>1</sup>, Lê Văn Hùng<sup>3</sup>, Ngô Đậu Quyên<sup>1</sup>, Đỗ Ngọc Sơn<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Minh<sup>1</sup>, Phạm Thành Đạt<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi cắt thận bán phần trong điều trị u thận có kẹp mạch chọn lọc tại Bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp:** Năm bệnh nhân chẩn đoán u thận trên chụp cắt lớp vi tính, được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận bán phần có kẹp mạch chọn lọc. **Kết quả:** Kích thước u trung bình: 3,7 cm.

Giai đoạn bệnh: 3 bệnh nhân T1a; 2 bệnh nhân T1b. Thời gian phẫu thuật trung bình 113 phút. Thời gian thiếu máu nóng trung bình: 23,4 phút. Lượng máu mất trung bình: 164 ml. Không có bệnh nhân nào có biến chứng chảy máu phải chuyển đổi phương án phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt thận bán phần có kẹp chọn lọc động mạch thận là phương pháp an toàn, khả thi trong thực hành lâm sàng.

**Từ khóa:** U thận, ung thư thận, cắt thận bán phần, kẹp mạch chọn lọc

### SUMMARY

#### LAPAROSCOPIC PARTIAL NEPHRECTOMY WITH SELECTIVE RENAL ARTERY CLAMPING FOR RENAL TUMOR

#### TREATMENT: THE PRELIMINARY RESULT

**Objective:** To evaluate the initial results of laparoscopic partial nephrectomy in the treatment of

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc Gia Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh Viện Vinmec

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đạo Uyên

Email: nguyendaouyen.vn@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.10.2023

Ngày duyệt bài: 14.11.2023