

trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Hoàng Thị Ngọc Hà giá trị bằng phân loại Lung- RADS (2019) có độ nhạy là 98%, độ đặc hiệu là 21,2%. Nghiên cứu của Đặng Đình Phúc (2022) độ nhạy là 92,6%, độ đặc hiệu là 90,7%. Nghiên cứu của Julia Kastner, có độ nhạy là 94,6%, độ đặc hiệu là 54,5%.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu $60,8 \pm 10,2$ tuổi với nhóm tuổi ≥ 60 chiếm đa số, tỷ lệ nam/nữ là 1,8. Khám định kỳ là lý do chủ yếu tại thời điểm chẩn đoán nốt phổi. Các đặc điểm hình ảnh hay gặp trong các nốt phổi ác tính là kích thước nốt $\geq 15\text{mm}$, bờ không đều và nốt đặc. Kết quả sinh thiết xuyên thành ngực nốt phổi hay gặp 3 căn nguyên chính: Ung thư phổi (66%), viêm xơ mạn tính (19%), lao (7%).

Tỷ lệ nốt ác tính tăng dần theo phân loại nguy cơ ung thư của bảng phân loại Lung- RADS (2019) với tỷ lệ cao nhất là nhóm Lung- RADS 4X (67,3%) và thấp nhất là nhóm Lung- RADS 4A (15,4%). Phân loại Lung-RADS dựa trên hình ảnh CLVT lồng ngực là một phương pháp khá tốt cho việc đánh giá nguy cơ ác tính của các nốt mờ phổi, từ đó có chỉ định sinh thiết hoặc phẫu thuật phù hợp đối với tổn thương nghi ngờ ung thư phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huang P, Lin C.T, Li Y, et al.** Prediction of lung cancer risk at followup screening with low-dose CT: a training and validation study of a deep

learning method. *Lancet Digit Heal*, 2019 Nov;1(7):e353-e362. DOI: 10.1016/S2589-7500(19)30159-1..

- Kanwal M, Ding X.J, and Cao Y.** Familial risk for lung cancer. *Oncol Lett*, 2017 Feb;13(2):535-542. doi: 10.3892/ol.2016.5518.
- Ost D.** Approach to the patient with Pulmonary nodules. *Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders*. 5th edition, McGraw-Hill Education, 3348-3378
- Triphuridet N. and Henschke C.** Landscape on CT screening for lung cancer in Asia. *Lung Cancer Targets Ther*, 10: 107-124. DOI: 10.2147/LCTT.S192643
- American Lung Association.** Providing Guidance on Lung Cancer Screening to Patients and Physicians. 2012.
- De Koning H.J, Van Der Aalst C.M, De Jong P.A, et al.** Reduced lung-cancer mortality with volume CT screening in a randomized trial. *N Engl J Med*. 2020 Feb 6;382(6):503-513. doi: 10.1056/NEJMoa1911793
- Wood D.E, Kazerooni E.A, Baum S.L, et al.** Lung Cancer Screening, Version 3.2018, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2018 Apr;16(4):412-441. doi: 10.6004/jnccn.2018.0020.
- American College of Radiology.** Lung- RADS ® Version 1.1 Assessment categories 3, 2019.
- Cardillo G., Regal M., Sera F. et al.** Videothoracos management of the solitary pulmonary nodule: a single institution study on 429 cases. *Ann Thorac Surg*. 2003 May;75(5):1607-11; discussion 1611-2. doi: 10.1016/s0003-4975(02)04827-0.
- Lê Hoàn, Vũ Văn Giáp, Lê Minh Hằng và cộng sự.** Chẩn đoán căn nguyên nốt đơn độc ở phổi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Tạp chí nghiên cứu Y học, 147 (11): 123-130

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH LAO MÀNG NÃO Ở NGƯỜI LỚN NHIỄM HIV/AIDS

Trần Văn Giang¹, Nguyễn Quốc Phương¹,
Bùi Vũ Huy¹, Lê Ngọc Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lao màng não ở người lớn nhiễm HIV/AIDS. **Đối tượng & phương pháp:** mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 56 bệnh nhân HIV/AIDS được chẩn đoán là lao màng não (LMN) điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương và Bệnh viện phổi Trung ương từ tháng 1/2011 đến 7/2016. **Kết**

quả: nhóm tuổi 30 - 40 (66,1%), nam giới (86%), sốt (80,4%), đau đầu (94,5%), buồn nôn và nôn (80,4%), cổ cứng 76,4%, gầy sút cân (66,1%), rối loạn tâm thần 55,4%, ý thức từ li bì đến hôn mê 55,4%, rối loạn cơ tròn 32,1%, co giật 14,3% và liệt thần kinh khu trú (từ 1,8 - 8,9%). DNT: màu vàng (64,3%), áp lực tăng (90,9%). Nồng độ protein trung bình $2,38 \pm 1,85$ g (tăng trên 1g là 86,8%), đường giảm (89,3%). Số lượng tế bào trung bình là 433 ± 429 tế bào (> 100 tế bào/ml là 88,6%). Kết quả nuôi cấy (+) là 67,6% và PCR (+) là 90,7%. Chẩn đoán hình ảnh: 54% có tổn thương trên phim X quang, trong đó tổn thương dạng nốt 51,9%, tràn dịch màng phổi 14,8%, lao kê 11,1%. Trên phim chụp MRI sọ não 83,9% có bất thường, trong đó nhồi máu não (30,8%), phù não (38,5%), giãn não thất (26,9%).

¹Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Giang

Email: giangminh08@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.12.2023

Ngày duyệt bài: 24.01.2024

Xét nghiệm máu: 78,6% có suy giảm miễn dịch nặng CD4 dưới 200. **Từ khóa:** HIV/AIDS, lao màng não.

SUMMARY

CLINICAL AND SUB-CLINICAL CHARACTERISTICS OF TUBERCULOSIS MENINGITIS IN ADULTS INFECTED WITH HIV/AIDS

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of tuberculosis meningitis in adults infected with HIV/AIDS. **Subjects & methods:** cross-sectional description, retrospective combined with prospective on 56 HIV/AIDS patients diagnosed with tuberculosis meningitis treated at the National Hospital of Tropical Diseases and Central Lung Hospital since January /2011 to July 2016. **Results:** age group 30 - 40 (66.1%), male (86%), fever (80.4%), headache (94.5%), nausea and vomiting (80.4%), stiff neck 76.4%, weight loss (66.1%), mental disorders 55.4%, consciousness from lethargy to coma 55.4%, circular muscle disorders 32.1%, seizures 14.3% and focal nerve paralysis (from 1.8 - 8.9%). Cerebrospinal fluid: yellow (64.3%), increased pressure (90.9%). Average protein concentration is 2.38 ± 1.85 g (increase per 1g is 86.8%), sugar is reduced (89.3%). The average cell count was 433 ± 429 cells (> 100 cells/ml is 88.6%). Culture results (+) were 67.6% and PCR results (+) were 90.7%. Imaging diagnosis: 54% had lesions on X-ray, of which 51.9% had nodular lesions, 14.8% pleural effusion, and 11.1% miliary tuberculosis. On brain MRI scans, 83.9% had abnormalities, including cerebral infarction (30.8%), cerebral edema (38.5%), and ventricular dilatation (26.9%). Blood test: 78.6% have severe immunodeficiency CD4 below 200.

Keywords: HIV/AIDS, tuberculosis meningitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cho đến nay, bệnh lao đã được WHO ghi nhận là vấn đề sức khỏe của cộng đồng trên toàn thế giới. Do tầm quan trọng của bệnh, từ nhiều thập kỷ nay, WHO và các nước trên toàn cầu đã và đang áp dụng mọi biện pháp để phòng chống và điều trị bệnh lao. Tại Việt Nam, việc phòng chống bệnh lao đã được Bộ Y tế quan tâm, với nhiều chương trình phòng chống lao đã được thực hiện trên toàn quốc. Nhờ vậy tình trạng bệnh lao trong từng thời kỳ đã có xu hướng giảm [1]. Trên lâm sàng lao biểu hiện khá đa dạng, có thể gặp ở bất kỳ một cơ quan nào trong cơ thể. LMN là một thể bệnh nặng hay gặp, có thể dẫn đến tử vong và những trường hợp được sống sót thường có nhiều di chứng nặng nề ngay cả trong điều kiện tuân thủ điều trị tốt. Vì vậy việc chẩn đoán và điều trị sớm là rất quan trọng trong việc cải thiện tiên lượng bệnh. Tuy nhiên trên thực hành lâm sàng bệnh lao, đặc biệt ở người nhiễm HIV/AIDS thường diễn biến không điển hình là những trở ngại lớn trong

điều trị. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài: "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lao màng não ở người lớn nhiễm HIV/AIDS".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 56 bệnh nhân (BN) nhiễm HIV/AIDS được chẩn đoán xác định là lao màng não (52 BN tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương và 4 BN tại Bệnh viện Phổi Trung ương).

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân lao màng não. Chẩn đoán LMN theo Bộ Y tế Việt Nam (2015) [1], Marais (2010) [2].

* Lâm sàng:

- Có hội chứng não hoặc màng não
- Có thể có dấu hiệu tổn thương dây thần kinh sọ não và dấu hiệu thần kinh khu trú. Các tổn thương tủy sống có thể gây liệt 2 chi dưới (liệt cứng hoặc liệt mềm)

* Cận lâm sàng: có 2 trong 3 tiêu chuẩn

- Dịch não tủy (DNT): protein $> 0,5$ g/l, tế bào ≥ 5 TB/mm³

- Tìm thấy bằng chứng vi khuẩn lao trong DNT bằng các phương pháp: soi trực tiếp, nuôi cấy, PCR, GeneXpert.

- Có tổn thương lao phổi trên X quang hoặc lao hạch

* Nuôi cấy vi khuẩn âm tính, nấm âm tính trong DNT

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương và Bệnh viện phổi Trung ương.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2011 đến tháng 7/2016.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiền cứu.

- Cỡ mẫu nghiên cứu: tất cả BN đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu trong thời gian từ tháng 1/2011 đến tháng 7/2016 sẽ được thu thập.

- Cách thức thu thập thông tin: thông tin BN được thu thập theo một mẫu bệnh án.

- **Xử lý số liệu:** số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân khi vào viện

Triệu chứng	n = 56	%
Tuổi		
16 - 30	12	21,4%
31 - 40	37	66,1%
41 - 50	5	8,9%
≥ 51	2	3,6%

$\bar{X} \pm SD$	34,48 ± 6,18	
Giới		
Nam	48	86,1%
Nữ	6	4%
Triệu chứng toàn thân		
Nhiệt độ	< 37,5	11 19,6%
	37,5 ^o C - 38 ^o C	22 39,3%
	38,1 ^o C - 39 ^o C	14 25,0%
	≥ 39,1 ^o C	9 16,1%
Tính chất	Sốt về chiều	18 32,1%
	Sốt kéo dài	25 44,6%
Gầy sút cân	37	66,1%
Hạch	12	21,4%
Mệt mỏi, kém ăn	51	91,1%
Ra mồ hôi trộm	5	8,9%
Triệu chứng cơ năng		
Đau đầu	53	94,6%
Buồn nôn, nôn	45	80,4%
Táo bón	3	5,4%
Ỉa lỏng	5	8,9%
Triệu chứng thực thể		
Các dấu hiệu màng não		
Cổ cứng	43	76,8%
Kernig	26	46,4%
Vạch màng não	9	16,1%
Tăng cảm giác da	1	1,8%
Sợ ánh sáng	1	1,8%
Các dấu hiệu tổn thương não		
Có rối loạn tâm thần	31	55,4%
Tri giác		
Tỉnh táo	25	44,7%
Li bì	18	32,1%
Hôn mê	13	23,2%
Rối loạn cơ tròn	18	32,1%
Biểu hiện liệt		
Liệt nửa người phải	5	8,9%
Liệt nửa người trái	4	7,1%
Liệt 2 chân	2	3,6%
Liệt thần kinh sọ	1	1,8%

Nhận xét: Các biểu hiện toàn thân hay gặp là sốt nhẹ 37,5^oC - 38^oC (39,3%), sốt về chiều tối (32,1%), sốt kéo dài (44,6%), gầy sút cân (66,1%), mệt mỏi kém ăn (91,1%). Triệu chứng màng não hay gặp là đau đầu (94,6%), buồn nôn và nôn (80,4%). Các dấu hiệu thực thể hay gặp là: các dấu hiệu màng não: cổ cứng (76,8%), dấu hiệu Kernig chỉ gặp ở 26/56 BN (46,4%). Rối loạn tâm thần (55,4%); li bì (32,1%), hôn mê (22,2%).

Bảng 2. Đặc điểm dịch não tủy của bệnh nhân

Chỉ số	n	%
Màu sắc	Trong	12 21,4%

(n=56)	Vàng chanh	36	64,3%
	Vàng đục	8	14,3%
Áp lực (n=55)	Tăng	50	90,9%
	Bình thường	5	9,1%
Protein (X) (g/l)	0,5 ≤ X ≤ 1	13	23,2%
	1 < X ≤ 2	16	28,6%
	2 < X ≤ 3	15	26,8%
	X > 3	12	21,4%
	X ± SD	2,38 ± 1,85	
Đường (mmol/l)	Giảm (< 2,2 mmol/l)	50	89,3%
	Bình thường	6	10,7%
	X ± SD	1,38 ± 0,92	
Muối clo (mmol/l)	Giảm (<120 mmol/l)	49	87,5%
	Bình thường	7	12,5%
Tế bào (n=56)	≤ 100	12	21,4%
	101 - 200	12	21,4%
	> 201	32	57,2%
	X ± SD	433 ± 429,7	
Thành phần tế bào (n=50)	L > 50%	32	64,0%
	N > 50%	16	32,0%
	N = L	2	4,0%

Nhận xét: màu sắc DNT vàng chanh (64,3%) và áp lực DNT tăng (90,9%). Nồng độ protein trong DNT chủ yếu từ 1 - 3 g/l, chiếm 31/56 bệnh nhân tương ứng 55,4%. Tế bào trong DNT tăng chủ yếu trên 200 tế bào/ml là 32/56 trường hợp, chiếm 57,2%. Trong đó chủ yếu là lympho chiếm 64%.

Bảng 3. Kết quả xét nghiệm tìm vi khuẩn bằng các phương pháp soi, nuôi cấy, PCR DNT

Kết quả	Soi trực tiếp n=56		Nuôi cấy n=37		PCR n=54	
	n	%	n	%	n	%
Dương tính	1	1,8%	25	67,6%	49	90,7%
Âm tính	55	98,2%	12	32,4%	5	9,3%
Tổng cộng	56	100%	37	100%	54	100%

Nhận xét: Kết quả soi trực tiếp dương tính là 1,8%, kết quả nuôi cấy kết quả dương tính là 67,6%, PCR có kết quả dương tính là 90,7%.

Bảng 4. Đặc điểm hình ảnh học X quang phổi, CT, MRI sọ não

Đặc điểm	n	%
X quang phổi		
Kết quả (n=50)	Có tổn thương	27 54,0%
	Bình thường	23 46,0%
Loại tổn thương (n=27)	Thâm nhiễm	4 14,8%
	Nốt	14 51,9%
	Kê	3 11,1%
	Xơ	5 18,5%
	Tràn dịch màng phổi	4 14,8%
	Các tổn thương khác	9 33,3%

CT, MRI sọ não			
Kết quả (n=31)	Bất thường	26	83,9%
	Không rõ tổn thương	5	16,1%
Loại tổn thương (n=26)	Nhồi máu não	8	30,8%
	Phù não	10	38,5%
	Giãn não thất	7	26,9%
	U lao ở não	1	3,8%
	Tổn thương khác	17	65,4%

Nhận xét: 54% BN có kết quả tổn thương phổi trên phim X quang, dạng nốt chiếm 51,9%, tràn dịch màng phổi chiếm 14,8%. 83,9% BN có tổn thương bất thường ở não trong đó phù não 38,5%; nhồi máu não 30,8%; giãn não thất 26,9%.

Bảng 5. Đặc điểm một số xét nghiệm miễn dịch, sinh hóa

CD4		n = 47	%
Suy giảm nhẹ (350 -500)		0	0 %
Suy giảm tiến triển (201 - 349)		3	6,4 %
Suy giảm nặng (≤ 200)		44	93,6 %
X \pm SD		61,34 \pm 59,45	
Min - Max		2 - 266	
Máu lắng (n=10)	Bình thường	1	10
	Tăng	9	90%
CRP (n=32) (mg/l)	≤ 10	10	31,2%
	> 10	22	68,8%
	X \pm SD	67,17 \pm 24,32	
Procalcitonin (n=28) (ng/ml)	$\leq 0,05$	3	10,7%
	$> 0,05$	25	89,3%
	X \pm SD	0,39 \pm 0,26	
Bạch cầu (G/l)	8,09 \pm 5,13		

Nhận xét: Máu lắng tăng chiếm 90%. CRP và procalcitonin tăng nhẹ lần lượt là 67,17 \pm 24,32 mg/l và 0,39 \pm 0,26 ng/ml. Suy giảm miễn dịch nặng CD4 dưới 200 chiếm 93,6%.

IV. BÀN LUẬN

LMN gặp ở mọi lứa tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi lứa tuổi gặp nhiều nhất là 30-40 tuổi, chiếm 66,4%. Lứa tuổi trên 50, chúng tôi gặp 2 trường hợp, chiếm 3,6%. Tuổi trung bình là 34,48 \pm 6,18. Lứa tuổi mắc lao người lớn tại Việt Nam còn gặp nhiều ở tuổi trẻ, tuổi lao động do đây là lứa tuổi có nguy cơ tiếp xúc với nguồn lao nhiều và do tình hình nhiễm lao ở nước ta còn cao.

Trong nghiên cứu này, LMN cũng gặp chủ yếu ở nam giới chiếm 86%. Về giới tính, các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, tỷ lệ mắc lao ở nam cao hơn ở nữ. Theo Heng Gee (2016), tỷ lệ mắc lao ở nam là 31/41 trường hợp, chiếm 75,6% [3]. Theo Ngô Ngọc Am (2006) về giới nhìn chung trong những người mắc bệnh lao thì nam gặp nhiều hơn nữ, điều này có thể liên quan đến cường độ lao động và sức đề kháng [4]. Trong

nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam giới là 86% cao hơn so với các tác giả khác là vì các BN nhiễm HIV/AIDS đến nhập viện trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nam giới do tiêm chích ma túy và quan hệ tình dục không an toàn với gái mại dâm.

Trong LMN sốt là triệu chứng hay gặp nhất. Nghiên cứu của Miftode RG (2015) cho thấy triệu chứng toàn thân hay gặp gồm sốt 77%, thay đổi tính tình 71%, gầy sút cân 25% [5]. Theo Harsimran Kaur (2015) triệu chứng toàn thân khi BN đi khám bệnh là sốt 90,9%, chán ăn 56,4%, thay đổi tính tình là 65,5% [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của các tác giả trong và ngoài nước. Sốt là triệu chứng thường gặp nhất, chiếm 81,4% các trường hợp, trong đó chủ yếu là sốt nhẹ 64,3%, sốt kéo dài 44,6% và chủ yếu sốt về chiều 32,1%. Ra mồ hôi trộm 8,9%, gầy sút cân 66,1%, mệt mỏi kém ăn 91,1% tương tự các nghiên cứu của Harsimran Kaur (2015) chán ăn 56,4%, của Imam Y.Z.B (2015) thấy ra mồ hôi trộm 15%; của Anne Marie W.Efsen (2013) sụt cân là 51,5%; của Nguyễn Thị Hà (2009) thấy mệt mỏi kém ăn là 80%, gầy sút là 70,4% [6], [7].

Triệu chứng đau đầu trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 94,6% các trường hợp. Đây là dấu hiệu phổ biến hay gặp, đau không có tính chất định khu, chính dấu hiệu đau đầu buộc người bệnh phải đi khám bệnh. Buồn nôn, nôn gặp 80,4% trường hợp, BN thường nôn sau bữa ăn, nôn ói, không nôn vọt, nôn thường xuất hiện khi có tăng áp lực nội sọ và khi BN được điều trị nôn sẽ giảm dần và hết. Kết quả này tương tự với các tác giả Nguyễn Văn Đông (2016) là 90,81%; Nguyễn Thị Hà (2009) là 68,9%; Gu J (2015) là 68,6% [7], [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi cổ cứng chiếm 76,8%, dấu hiệu này biểu hiện phản ứng của màng não. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước của các tác giả Harsimran Kaur (2015) gặp dấu hiệu này 37/55 BN chiếm 67%; Gu J (2015) là 85/156 BN chiếm 54,5%; Po-Chang Hsu (2010) là 54,6%; Nguyễn Thị Hà (2009) là 81,6% [6], [8]. Dấu hiệu Kernig 46,4%, vạch màng não 16,1%, sợ ánh sáng 1,8%. Kết quả này phù hợp với các tác giả Gu J (2015) vạch màng não là 30,1%; Po-Chang Hsu (2010) sợ ánh sáng là 2,7%. Dấu hiệu liệt thần kinh khu trú chúng tôi gặp 21,4% trong đó liệt nửa người trái 7,1%, liệt nửa người phải 8,9%, liệt 2 chân 3,6%, liệt thần kinh sọ là 1,8%. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu của Mariana G.Croda (2010) gặp dấu hiệu thần kinh

khu trú 16%; Miftode EG (2015) liệt thần kinh số 6%; Harsimran Kaur (2015) liệt nửa người 14,5%, liệt thần kinh số 14,5% [5], [6].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy protein trung bình trong DNT là $2,38 \pm 1,85$ g/l, 76,8% trường hợp LMN có lượng protein tăng trên 1g trở lên và không có sự tăng song song giữa tế bào và protein. Trong quá trình điều trị, việc theo dõi diễn biến protein, tế bào trong DNT là cần thiết để đánh giá kết quả điều trị và phát hiện sớm hiện tượng tắc nghẽn sự lưu thông DNT ở vùng đáy sọ là nguyên nhân gây nên não úng thủy.

Kết quả tìm vi khuẩn lao trong DNT ở nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong 56 BN LMN ở người lớn nhiễm HIV/AIDS chúng tôi phát hiện ra 1 ca bằng phương pháp soi kính, chiếm 1,8%; tìm vi khuẩn lao bằng phương pháp nuôi cấy có 25/37 trường hợp chiếm 67,6%, tìm vi khuẩn lao bằng PCR dương tính 49/54 trường hợp chiếm 90,7%. Trong số 56 ca được chọc DNT, có 35 ca được làm cả 2 xét nghiệm nuôi cấy tìm lao và PCR tìm lao, có 18/35 trường hợp dương tính với vi khuẩn lao bằng cả 2 phương pháp trên, chiếm 60%. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi như trên thì phát hiện vi khuẩn lao bằng phương pháp soi kính và PCR phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Tuy nhiên, kết quả nuôi cấy tìm vi khuẩn lao dương tính trong DNT của chúng tôi lại cao hơn các tác giả trong và ngoài nước. Theo Harsimran Kaur (2015), tỷ lệ soi kính dương tính là 5,5% [6], PCR DNT tìm lao dương tính 81,8%, còn nuôi cấy tìm lao chỉ dương tính 21,8%. Nghiên cứu của Imam Y.Z.B (2015) thì tỷ lệ nuôi cấy dương tính là 44,5%. Theo Dai L (2014), nuôi cấy dương tính 38%. Theo Phạm Thị Thái Hà (2001) thì nuôi cấy tìm vi khuẩn lao dương tính là 22,7%, không có trường hợp nào soi kính dương tính. Điều này cũng giải thích tại sao trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nuôi cấy dương tính với vi khuẩn lao lên tới 67,6% vì 2 bệnh viện tuyến đầu ngành mà chúng tôi nghiên cứu, BN khi vào viện thường được chọc DNT ngay, và được chọc lại sau 48h-72h để đánh giá lại kết quả DNT.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tổn thương phổi trên phim Xquang chiếm 54% các trường hợp. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà (2009) tổn thương phổi trên phim Xquang chiếm 67,6%. Theo Miftode EG (2015) thấy tổn thương phổi trên phim Xquang là 42% [5]. Kết quả nghiên cứu về dạng tổn thương ở phổi trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tổn thương

dạng nốt chiếm tỉ lệ cao nhất là 14/27 trường hợp, tương ứng là 51,9%, tiếp theo là dạng thâm nhiễm là 14,8%, tổn thương dạng xơ là 18,5%, tràn dịch màng phổi 14,8%, lao kê 11,1%[5]. Theo Nguyễn Thị Diễm Hồng (2000) tỷ lệ tổn thương nhu mô phổi dạng nốt và thâm nhiễm chiếm 45,6%, lao kê 4,5%. Nghiên cứu của Imam Y.Z.B (2015) trong 7 năm trên 80 BN LMN cũng đưa ra nhận xét tổn thương dạng thâm nhiễm 43,4%, dạng nốt là 17,3%, hạch rốn phổi 30,4%, dạng xơ là 5%. Như vậy chụp Xquang phổi là xét nghiệm cần làm để chẩn đoán lao phổi nói chung, trong LMN nói riêng vì LMN là thể lao thứ phát sau lao phổi, tuy nhiên không có tổn thương lao phổi cũng không thể loại trừ LMN.

Chụp cộng hưởng từ (MRI) sọ não có thể thấy các tổn thương như: giãn não thất do ứ nước, tổn thương ở đáy não, nhồi máu não, u lao ở não. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chụp cộng hưởng từ sọ não thấy tổn thương trong 83,9% các trường hợp. Trong đó tất cả các loại tổn thương đều gặp, tỷ lệ cao nhất phù não 10/26 BN, chiếm 38,5%, nhồi máu não đứng thứ 2 là 30,8%, sau đó là giãn não thất 26,9%. Nghiên cứu của Imam Y.Z.B (2015) cũng cho thấy bất thường trên phim chụp cộng hưởng từ sọ não chiếm 53/79 trường hợp chiếm 67,1%; trong đó các dạng tổn thương gặp là giãn não thất 32,9%, nhồi máu não 29,1%, phù não 25,3%, áp xe não 3,8%, u lao ở não (củ lao) là 30,3%. Trong nước có nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà (2009) cho thấy tổn thương trên phim cộng hưởng từ sọ não là 53,7% trường hợp [7]. Như vậy so sánh với các nghiên cứu trong và ngoài nước thì kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các báo cáo đã công bố trước đó về tỷ lệ các loại tổn thương hay gặp trong LMN như nhồi máu não, giãn não thất, phù não. Điều này cho thấy sự cần thiết phải chụp phim cộng hưởng từ sọ não ở những BN LMN để đánh giá tổn thương não cũng như di chứng của bệnh.

V. KẾT LUẬN

Lâm sàng

- Bệnh LMN gặp ở mọi lứa tuổi, cao nhất là nhóm tuổi 30 - 40 (66,1%), nam giới (86%).

- Các biểu hiện lâm sàng hay gặp là sốt (80,4%), đau đầu (94,5%), buồn nôn và nôn (80,4%), cổ cứng 76,4%. Các biểu hiện ít gặp hơn là gầy sút cân (66,1%), rối loạn tâm thần 55,4%, ý thức từ li bì đến hôn mê 55,4%, rối loạn cơ tròn 32,1%, co giật 14,3% và liệt thần kinh khu trú (từ 1,8 - 8,9%).

Cận lâm sàng

- DNT: màu vàng (64,3%), áp lực tăng (90,9%). Nồng độ protein trung bình $2,38 \pm 1,85$ g (tăng trên 1g là 86,8%), đường giảm (89,3%). Số lượng tế bào trung bình là 433 ± 429 tế bào (> 100 tế bào/ml là 88,6%). Kết quả nuôi cấy (+) là 67,6% và PCR (+) là 90,7%.

- Chẩn đoán hình ảnh: 54% có tổn thương trên phim X quang, trong đó tổn thương dạng nốt 51,9%, tràn dịch màng phổi 14,8%, lao kê 11,1%. MRI sọ não 83,9% có bất thường, trong đó nhồi máu não (30,8%), phù não (38,5%), giãn não thất (26,9%).

- Xét nghiệm máu: 78,6% có suy giảm miễn dịch nặng CD4 dưới 200.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế.** (2015), Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- Marais S., Thwaites G., Schoeman J. F., et al.** (2010). Tuberculous meningitis: a uniform case definition for use in clinical research. The

- Lancet infectious diseases. 10(11), 803-812.
- Lee H. G., William T., Menon J., et al.** (2016). Tuberculous meningitis is a major cause of mortality and morbidity in adults with central nervous system infections in Kota Kinabalu, Sabah, Malaysia: an observational study. BMC Infectious Diseases. 16(1), 296.
 - Ngô Ngọc Am.** (2006), Lao màng não, NXB y học, Hà Nội.
 - Miftode E. G., Dorneanu O. S., Leca D. A., et al.** (2015). Tuberculous Meningitis in Children and Adults: A 10-Year Retrospective Comparative Analysis. PLoS One. 10(7), e0133477.
 - Kaur H., Sharma K., Modi M., et al.** (2015). Prospective Analysis of 55 Cases of Tuberculosis Meningitis (TBM) in North India. J Clin Diagn Res. 9(1), DC15-9.
 - Nguyễn Thị Hà.** (2009), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của lao màng não ở người lớn theo giai đoạn bệnh, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
 - Nguyễn Văn Đông.** (2006), Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân lao màng não, Luận văn thạc sỹ y học, Học viện Quân Y.

KHẢO SÁT SỰ GẮN KẾT CỦA VIÊN CHỨC, NGƯỜI LAO ĐỘNG ĐẾN MỨC ĐỘ HOÀN THÀNH CÔNG VIỆC TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Nguyễn Minh Phương¹, Lê Thị Kim Định², Lê Thị Ngọc Hương²,
Huỳnh Thị Xuân Trinh², Trần Ngọc Bích², Phạm Huỳnh Bảo Trân²,
Trần Khánh Nga¹, Võ Phạm Minh Thu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc tập trung xây dựng một môi trường làm việc làm cho nhân viên cảm thấy hạnh phúc sẽ tác động tích cực đến mức độ hoàn thành công việc của nhân viên và đem lại hiệu quả tối ưu cho tổ chức. **Mục tiêu:** (1) Đánh giá sự gắn kết và ảnh hưởng của sự gắn kết đến mức độ hoàn thành công việc của viên chức-người lao động tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ. (2) Phân tích mối liên quan giữa sự hài lòng với sự gắn kết của viên chức-người lao động đối với bệnh viện. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 410 viên chức-người lao động đang làm việc tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ từ tháng 5/2023-10/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ gắn kết của viên chức-người lao động đối với bệnh viện chiếm 80,2%. Trong đó, 80,2% chọn rất gắn kết, 49 viên

chức-người lao động chiếm 12% chọn gắn kết trung bình và 32 viên chức-người lao động chiếm 7,8% mức độ gắn kết kém. Có mối liên quan giữa sự hài lòng đối với bệnh viện và mức độ gắn kết, và sự gắn kết có ảnh hưởng đến mức độ hoàn thành công việc của viên chức-người lao động, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. **Kết luận:** Tăng cường sự hài lòng của viên chức-người lao động về khen thưởng, bố trí trực và xây dựng hình ảnh lãnh đạo để tăng sự gắn kết của viên chức người lao động đối với bệnh viện. **Từ khóa:** Sự gắn kết, nguồn nhân lực, mức độ hoàn thành công việc

SUMMARY

SURVEY ON THE COHESION OF EMPLOYEES TO THE LEVEL OF JOB COMPLETION AT CAN THO GYNECOLOGY AND OBSTETRICS HOSPITAL

Background: Focusing on building a working environment that makes employees feel happy will positively impact the level of employee work completion and bring optimal efficiency to the organization. **Objectives:** (1) To evaluate the cohesion and impact of cohesion on the level of job completion of employees at Can Tho Gynecology and Obstetrics Hospital. (2) To analyze the relationship

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Phương

Email: nmphuong@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.12.2023

Ngày duyệt bài: 24.01.2024