

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SAU 2 THÁNG ĐẦU ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI DO LAO TẠI BỆNH VIỆN LAO VÀ BỆNH PHỔI HẢI PHÒNG

Phạm Thị Phương Nam*; Lê Thị Luyến**

TÓM TẮT

Nghiên cứu tiến cứu 76 bệnh nhân (BN) tràn dịch màng phổi (TDMP) do lao. Các tiêu chí đánh giá gồm: thay đổi về triệu chứng lâm sàng, tình trạng màng phổi (MP) và tình trạng âm hoá đờm sau 2 tháng đầu hóa trị liệu, các tác dụng không mong muốn của thuốc biểu hiện trên lâm sàng.

Kết quả: các triệu chứng lâm sàng (sốt, ho ra đờm, gày sút, khó thở) có cải thiện hoặc mất hoàn toàn, riêng ho khan và đau ngực vẫn còn một tỷ lệ đáng kể. Đa số BN đáp ứng tốt với điều trị: hết dịch 96,05%, không dày dính 60,52%, dày dính vừa hoặc nặng 6,58%, còn dịch và ổ cặn MP 3,95%. Tác dụng không mong muốn của thuốc 1,31%.

* Từ khoá: Tràn dịch màng phổi; Lao; Thuốc chống lao.

ASSESSMENT OF TREATMENT OF TUBERCULOSIS PLEURAL EFFUSION PATIENTS IN HAIPHONG TUBERCULOSIS AND LUNG DISEASES HOSPITAL

SUMMARY

The study was conducted in 76 tuberculosis pleural effusion patients, who were treated in Haiphong Tuberculosis and Lung Diseases Hospital. The main outcomes were clinical signs, situation of pleural effusion, the thickening of pleural membrane, sputum-smear microscopy, side effects of antituberculosis drugs after two months chemotherapy and additional treatment.

Results: most of clinical symptoms such as fever, productive cough, dyspnoea, weight loss were improved, but nonproductive cough and chest pain still existed after two months treatment. Most of patient had responded to treatment, but there were 6.58% of patients who had moderate or serious thickening of pleural membrane. Side effects of antituberculosis drugs were 1.31%.

* Key words: Pleural effusion; Tuberculosis; Antituberculosis drugs.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch màng phổi là tình trạng bệnh lý thường gặp, trong đó nguyên nhân hàng đầu là do vi khuẩn lao. Về điều trị, TDMP do

lao thường đáp ứng tốt với hóa trị liệu, tuy nhiên một số trường hợp để lại di chứng nặng như dày dính MP, ổ cặn MP thường phát hiện muộn và đáp ứng kém với hoá trị liệu. Ở Việt Nam, TDMP do lao khá phổ biến.

* Bệnh viện Lao và Bệnh Phổi Hải Phòng

** Bộ Y tế

Phản biện khoa học: PGS. TS. Đỗ Quyết

Tỷ lệ BN lao MP chiếm khoảng 8 - 18% (tùy theo nghiên cứu của từng tác giả) trong tổng số BN lao điều trị ở từng thời điểm và địa điểm nghiên cứu.

Hàng năm, Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Hải Phòng thu nhận và điều trị cho khoảng 1.600 BN lao. Năm 2006 có 157 BN TDMP do lao, chiếm 8,6% tổng số BN lao [1]. Mục tiêu nghiên cứu của đề tài: *Đánh giá kết quả điều trị ở giai đoạn tấn công tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Hải Phòng.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

76 BN (57 nam, 19 nữ), 63 BN (82,9%) trong độ tuổi lao động, 13 BN (17,1%) cao tuổi, TDMP do lao, điều trị nội trú tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Hải Phòng từ tháng 11 - 2007 đến 6 - 2008.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn BN:*

- ≥ 15 tuổi.

- Được chẩn đoán TDMP do lao, với các tiêu chuẩn sau:

+ Có TDMP, xác định bằng chọc hút khoang MP có dịch.

+ Có ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau:

. Lao phổi AFB (+) phổi hợp: 16 BN (21,05%).

. PCR vi khuẩn lao ở dịch MP (+): 65 BN (85,5%).

- Điều trị lao bằng streptomycin (SM) lọ 1 g, tubezid viên 625 mg [(rifampicin (RMP) 150 mg + isoniazid (INH) 75 mg + pyrazinamid (PZA) 400 mg), ethambutol viên (EMB) 400 mg] do Chương trình Chống lao Quốc gia (CTCLQG) cung cấp. Không sử dụng phối hợp corticoid.

- Các chỉ số transaminase, chức năng thận trong giới hạn bình thường trước khi dùng hoá trị liệu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* bỏ trị hoặc không tuân thủ điều trị trong 2 tháng đầu hóa trị liệu.

2. Phương pháp nghiên cứu.

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, so sánh trước và sau điều trị.

- Thu thập dữ liệu nghiên cứu gồm:

+ Phác đồ và liều điều trị.

+ Triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị 2 tháng, các tác dụng không mong muốn biểu hiện trên lâm sàng.

+ Tình trạng MP qua X quang, siêu âm: mức độ dịch, dày dính MP.

+ Kết quả xét nghiệm đờm tìm vi khuẩn lao sau 2 tháng điều trị.

- Đánh giá kết quả điều trị: những thay đổi về lâm sàng, tình trạng MP và kết quả xét nghiệm đờm sau 2 tháng điều trị, các tác dụng không mong muốn của thuốc trong quá trình trị liệu.

- Xử lý dữ liệu bằng toán thống kê y học, chương trình M. Excel 2007.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ

BÀN LUẬN

14 BN (19%) TDMP do lao/HIV (+). Mức độ tràn dịch: mức độ ít: 30 BN (37%), trung bình: 35 BN (43,2%), nhiều: 11 BN (14,5%).

1. Phác đồ và liều điều trị theo mg/kg thể trọng.

Thời gian điều trị cho BN TDMP do lao được chỉ định theo phác đồ của CTCLQG, 64 BN điều trị nội trú từ 4 - 6 tuần (84,2%), 16,8% BN điều trị nội trú 2 tháng.

Chọc tháo dịch MP là biện pháp điều trị bắt buộc đối với BN TDMP do lao. 67 BN (88,2%) chọc tháo dịch 2 - 4 lần, 3 BN (3,9%) phải chọc tháo 1 lần, 4 BN (5,3%) chọc tháo 5 lần, 1 BN chọc tháo 6 lần và 1 BN chọc tháo 8 lần.

Thuốc điều trị: không BN nào dùng corticoid, đối với thuốc chống lao, 60 BN được chỉ định điều trị 2 tháng đầu theo công thức 2SRHZ, 14 BN dùng phác đồ 2RHZE (cho BN TDMP do lao/HIV (+)), 2 BN dùng công thức điều trị lại 2SRHZE.

Theo quy định của CTCLQG, liều điều trị thuốc chống lao được đơn giản hóa bằng số viên nhất định cho BN trong cùng khoảng cân nặng. Như vậy, BN có cân nặng khác nhau sẽ dẫn đến sự chênh lệch về liều thuốc tính theo mg/kg thể trọng. 14 BN HIV (+) không dùng công thức có SM, các BN còn lại đều dùng công thức SRHZ trong 2 tháng đầu hoá trị liệu.

Bảng 1: Liều điều trị RMP, INH, PZA tính theo mg/kg thể trọng.

LIỀU ĐIỀU TRỊ (mg/kg thể trọng)	TRUNG BÌNH	MIN	MAX	LIỀU CHUẨN CỦA WHO KHUYẾN CÁO
RMP (n = 76)	9,73	7,89	11,25	8 - 12
INH (n = 76)	4,87	3,95	5,63	4 - 6
PZA (n = 76)	25,96	21,05	30	20 - 30
SM (n = 62)	16,21	13,16	18,75	12 - 18
EMB (n = 16)	19,27	15,69	21,82	15 - 20

Hầu hết BN trong nghiên cứu được chỉ định liều thuốc chống lao trong phạm vi liều chuẩn WHO khuyến cáo, 1 BN uống liều RMP < 8 mg/kg thể trọng, 1 BN liều INH < 4 mg/kg, 3 BN liều SM > 18 mg/kg, 7 BN liều EMB > 20 mg/kg.

2. Cải thiện về triệu chứng lâm sàng chung sau 2 tháng đầu điều trị.

Bảng 2: So sánh tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng trong 2 tháng đầu hoá trị liệu.

TRIỆU CHỨNG	TRƯỚC ĐIỀU TRỊ (n = 76)		SAU 2 THÁNG HÓA TRỊ LIỆU (n = 76)	
	n	%	n	%
Ho khan	47	61,8	25	32,9
Ho đờm	25	32,9	0	0
Sốt nhẹ về chiều	57	75	0	0
Đau ngực	72	94,7	13	17,1

Khó thở	59	77,6	2	2,63
Gày sút cân	36	47,4		

55,2% BN tăng cân so với trước điều trị. Sau 2 tháng hóa trị liệu kết hợp chọc hút dịch MP, các triệu chứng lâm sàng cải thiện rõ rệt: không BN nào còn triệu chứng khó thở, ho khạc đờm. Chỉ 17,1% BN còn triệu chứng đau ngực, thường gặp ở BN còn dịch MP hoặc dày dính MP. 76 BN TDMP do lao hầu như có tiến triển tốt về lâm sàng như triệu chứng ho khan, đờm giảm từ 94,7% còn 32,9%, chỉ ho khan, không còn BN khó thở, triệu chứng tức ngực còn ở những BN còn dịch hoặc bị dày dính MP, 55,26% BN lên cân 1 - 2 kg so với trước điều trị.

3. Tình trạng MP và sự âm hoá đờm sau 2 tháng hoá trị liệu.

Bảng 3: Tình trạng MP sau 2 tháng hoá trị liệu.

TÌNH TRẠNG MP		n	%
Hết dịch	Không dày dính	46	60,52
	Dày dính nhẹ	22	28,95
	Dày dính vừa	4	5,26
	Dày dính nặng	1	1,32
Còn dịch		2	2,63
Ổ cận MP		1	1,32
Tổng		76	100

Sau 2 tháng hóa trị liệu, 89,47% BN TDMP do lao có đáp ứng tốt với điều trị (hết dịch, không dày dính hoặc dày dính nhẹ). Tuy nhiên, trong nghiên cứu vẫn ghi nhận biến chứng nặng của TDMP do lao: 1 BN (1,31%) tạo ổ cận MP, 2 BN (2,63%) còn dịch, 1 BN (1,32%) dày dính MP nặng.

Về sự âm hóa đờm, tất cả các BN có tổn thương phổi phổi hợp đều được kiểm tra một mẫu đờm sau 2 tháng hoá trị liệu cho kết quả 100% BN có AFB âm tính. Kết quả nghiên cứu của D. Castro (2007) [7] gặp 13,39% trong tổng số 138 BN có biến chứng ổ cận MP. Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu [4, 5] chứng tỏ điều trị TDMP cho kết quả tốt tới 90%. Tuy nhiên, Nguyễn Việt Cổ (1995) nghiên cứu trên 256 BN mổ ổ cận MP (1976 - 1990) thấy 85,94% căn nguyên do lao, thường do phát hiện muộn và điều trị nội khoa chưa đạt kết quả tốt [2]. Như vậy, kết quả của chúng tôi là phù hợp.

4. Các tác dụng không mong muốn trong 2 tháng hóa trị liệu.

Chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp gặp tác dụng không mong muốn của thuốc chống lao là mẩn đỏ, ngứa xuất hiện ở ngày thứ 15 - 20. Cả 2 BN này chỉ dùng thêm thuốc chống dị ứng, không phải ngừng thuốc chống lao. Không ghi nhận các tác dụng phụ khác như: viêm gan, đau khớp... Hầu hết BN có biểu hiện dung nạp thuốc tốt.

Phạm Thái Hà nghiên cứu từ 1999 - 2005 tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi TW cũng thấy 12/154 BN (7,8%) lao/HIV (+) có dị ứng thuốc lao, 45,58% có rối loạn men gan [3]. Kết quả của chúng tôi thấp hơn có lẽ do tiêu chuẩn chọn BN của chúng tôi (BN có xét nghiệm men gan trong giới hạn bình thường, đã dùng hoá trị liệu tối thiểu 4 ngày không có tác dụng không mong muốn và BN phải đồng nhất dùng viên hỗn hợp cố định liều RHZ) nên đã loại một số BN xuất hiện tác dụng không mong muốn ngay từ những ngày đầu dùng thuốc.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị giai đoạn tấn công ở 76 BN TDMP do lao, điều trị tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Hải Phòng, chúng tôi rút ra những kết luận sau:

- Hầu hết các triệu chứng: sốt, ho ra đờm, gày sút, khó thở được cải thiện hoặc mất hoàn toàn. Các triệu chứng còn lại sau 2 tháng điều trị, ho khan và đau ngực vẫn còn một tỷ lệ đáng kể.
- Đa số BN đáp ứng tốt với điều trị, nhưng 35,53% BN còn dày dính MP, đặc biệt có tới 3,95% BN còn dịch hoặc ổ cận MP.
- Tác dụng không mong muốn của thuốc gặp 2 BN xảy ra ở ngày điều trị thứ 15 - 20, biểu hiện nổi mẩn và ngứa, nhưng chỉ cần uống thuốc chống dị ứng, vẫn tiếp tục điều trị thuốc chống lao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Chi hội Lao và Bệnh phổi Hải Phòng*. Hội nghị khoa học Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Hải Phòng. Hải Phòng. 12 - 2006.
2. *Nguyễn Việt Cổ*. Tình hình phẫu thuật phổi ở Việt Nam qua các giai đoạn. Tóm tắt báo cáo Hội nghị khoa học Lao và Bệnh phổi. 1995, tr.9-12.
3. *Phạm Thị Thái Hà, Hoàng Thị Thái và CS*. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN lao có HIV tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi TW từ năm 1999 - 2006. Tạp chí Thông tin Y dược. 2007, tr.288-292.
4. *Nguyễn Thị Bích Ngọc*. Lao MP: chẩn đoán và điều trị. Tạp chí Thông tin Y dược. 2007, tr.275-283.
5. *Trần Văn Sáu*. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phối hợp một số phương pháp điều trị TDMP thanh sơ do lao. Luận án Phó Tiến sĩ khoa học Y dược. 1996.
6. *Castro D.J, Diaz G, Perez-Rodriguez E, R.W. Light*. Prognostic features of residual pleural thickening in parapneumonic pleural effusions. Respiratory Dept, Zarzuela Clinic and Hospital Ramun y Cajal, Madrid, Spain. Pulmonary Division, St Thomas Hospital and Vanderbilt University. Nashville, Tennessee, USA. 2007.
7. *Gopi A, Madhavan S.M, Sharma S.K. et al*. Diagnosis and treatment of tuberculosis pleural effusion in 2006. CHEST, Special Feature. 2007, 131, pp.880-889.