

THỰC TRẠNG KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 CÓ LAO PHỔI MỚI AFB DƯƠNG TÍNH

Vũ Thị Bích Ngọc¹, Nguyễn Khoa Diệu Vân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm khảo sát thực trạng kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân (BN) đái tháo đường (ĐTĐ) typ 2 có lao phổi mới AFB (+) ở Bệnh viện 74 Trung ương, nhận xét kết quả điều trị lao phổi và một số yếu tố liên quan ở đối tượng nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu và tiến cứu mô tả 115 BN ĐTĐ typ 2 có lao phổi mới AFB (+) ở Bệnh viện 74 Trung ương từ 01/01/2020 đến 15/08 năm 2022. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ: 87,8% và 12,2%; tuổi trung bình 58,5 ±12,3 (Min 38, Max 89), nhóm trên 50 tuổi (76,6%); bị bệnh từ 1 năm đến 5 năm (39,1%), ≥ 10 năm (7%); BMI trung bình 20,17 ± 3,01 (Min 13,3 Max 29,48), HbA1c trung bình 8,70 ± 2,8 (Min 4,63, Max 16,8), HbA1c đạt mục tiêu chiếm 49,6%; BN kiểm soát đạt 3 yếu tố HbA1c, HA, LDL-C (11,2%); chế độ ăn ĐTĐ, tuân thủ điều trị, luyện tập thể dục và cân nặng của BN có liên quan đến kiểm soát đường máu ($p < 0,05$); tỷ lệ điều trị khỏi lao phổi (87,8%), tỷ lệ thất bại (12,2%); triệu chứng ho, khạc đờm và tức ngực sau 4 tháng của nhóm kiểm soát đường máu đạt giảm so với nhóm kiểm soát đường máu không đạt, ($p < 0,001$); nhóm kiểm soát đường máu đạt có tỷ lệ khỏi, tỷ lệ thay đổi tổn thương trên Xquang tốt sau 2 tháng, tỷ lệ âm hóa đờm nhiều hơn nhóm kiểm soát đường máu không đạt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Kiểm soát HbA1c đạt mục tiêu 49,6%, kiểm soát đạt 3 yếu tố HbA1c, HA, LDL-C (11,2%). Dùng thuốc đều, ăn chế độ ăn ĐTĐ, tập luyện thể dục hàng ngày và duy trì cân nặng bình thường giúp kiểm soát đường máu tốt hơn. Nhóm kiểm soát đường máu đạt có tỷ lệ khỏi, thay đổi tổn thương trên Xquang tốt sau 2 tháng, âm hóa đờm nhiều hơn nhóm kiểm soát đường máu không đạt.

Từ khóa: Lao phổi mới, đái tháo đường typ 2.

SUMMARY

THE CURRENT STATE OF BLOOD GLUCOSE CONTROL AND SOME RELEVANT FACTORS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS WITH AFB-POSITIVE NEW PULMONARY TUBERCULOSIS

Objectives: The study aims to investigate the status of glycemic control in patients with type 2

diabetes mellitus with new AFB (+) pulmonary tuberculosis at National 74 Hospital, to review the results of pulmonary tuberculosis treatment and some factors related to the study subjects. **Subjects and methods:** A retrospective and prospective description of 115 patients with type 2 diabetes mellitus with new pulmonary TB AFB (+) at National 74 Hospital from January 1, 2020 to August 15, 2022. **Results:** Male/female ratio: 87.8% and 12.2%; average age 58.5 ±12.3 (Min 38, Max 89), group over 50 years old (76.6%); sick from 1 year to 5 years (39.1%), ≥ 10 years (7%); mean BMI 20.17 ± 3.01 (Min 13.3 Max 29.48), mean HbA1c 8.70 ± 2.8 (Min 4.63, Max 16.8), HbA1c reached the target accounted for 49.6%; Patients controlled 3 factors HbA1c, HA, LDL-C (11.2%); Diabetic diet, treatment adherence, exercise and patient's weight are related to blood glucose control ($p < 0.05$); cure rate of pulmonary tuberculosis (87.8%), failure rate (12.2%); symptoms of cough, sputum production and chest tightness after 4 months of blood glucose control group achieved reduction compared to blood glucose control group failed, ($p < 0.001$); The group with good blood glucose control had a good cure rate, the rate of change of lesions on X-ray was good after 2 months, the rate of sputum negative was higher than the group with poor blood glucose control, the difference was statistically significant with $p < 0.05$. **Conclusion:** Control of HbA1c reached the target of 49.6%, control achieved 3 factors of HbA1c, HA, and LDL-C (11.2%). Taking medication regularly, eating a diabetic diet, exercising daily and maintaining a normal weight help control blood glucose better. The group with good blood glucose control had a good cure rate, the rate of change of lesions on X-ray was good after 2 months, the rate of sputum negative was higher than the group with poor blood glucose control.

Keywords: New pulmonary tuberculosis, type 2 diabetes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh lý gây tổn hại lớn đến sức khỏe và kinh tế, có tỷ lệ gia tăng trong những năm gần đây. Lao phổi là nguyên nhân gây tử vong cao nhất trong số các bệnh nhiễm trùng. Trên thế giới mỗi ngày có hơn 4000 người tử vong và gần 30.000 người mắc bệnh lao. Năm 2018, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ước tính có khoảng 174.000 người mắc lao mới và 11.000 người tử vong do bệnh lao ở Việt Nam³. Cũng theo WHO, tỷ lệ ĐTĐ trên toàn thế giới chiếm từ 0,24 - 5,15% dân số và ước tính có khoảng 330 triệu người bệnh vào năm 2025. Dự báo trong 20 năm 2010-2030, tỷ lệ mắc ĐTĐ

¹Bệnh viện 74 Trung ương,

²Trường Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Bích Ngọc

Email: vuthibichngoc205@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.8.2022

Ngày duyệt bài: 12.9.2022

trên toàn cầu tăng 54%⁷. Lao phổi và ĐTĐ là hai bệnh đáng báo động. Vì vậy khi chúng kết hợp lại sẽ khiến việc điều trị gặp vô vàn những khó khăn do phải đồng thời kiểm soát cả lao lẫn ĐTĐ. Theo nhiều nghiên cứu cho thấy, số lượng mắc bệnh lao ở người bệnh ĐTĐ nhiều hơn 2-5 lần so với BN không bị ĐTĐ. ĐTĐ tác động làm thay đổi những biểu hiện lâm sàng và X-quang phổi của lao phổi⁷. Do đó, chúng ta cần quan tâm đến bệnh lao phổi ở người ĐTĐ để có phương pháp điều trị tốt nhất. Bệnh Viện 74 Trung ương là bệnh viện chuyên khoa lao và bệnh phổi. Mỗi năm bệnh viện tiếp nhận điều trị hàng trăm BN lao, tỷ lệ điều trị thất bại công thức 1, chuyển thành lao kháng thuốc là khá cao. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm 2 mục tiêu:

1. *Thực trạng kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 có lao phổi mới AFB dương tính ở Bệnh viện 74 Trung ương.*

2. *Nhận xét kết quả điều trị lao phổi và một số yếu tố liên quan ở đối tượng nghiên cứu trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 115 BN ĐTĐ týp 2 có lao phổi mới AFB (+) điều trị tại Bệnh viện 74 Trung ương từ 01/01/2020 đến 15/08/2022.

- **Tiêu chuẩn chọn:** Chọn tất cả các bệnh nhân đã được chẩn đoán ĐTĐ týp 2 có lao phổi mới AFB (+). Chẩn đoán ĐTĐ týp 2 theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ĐTĐ týp 2 – BHYT năm 2020¹ và chẩn đoán lao phổi AFB (+) theo tiêu chuẩn CTCLQG 2020².

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** BN đang có biến chứng cấp tính của ĐTĐ như: hôn mê nhiễm toan ceton, hôn mê tăng áp lực thẩm thấu, các nhiễm trùng cấp tính (shock nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn huyết...); BN bị viêm gan nặng, suy thận nặng, ung thư trước điều trị; BN có kèm theo HIV; BN có thai. BN dưới 16 tuổi, không đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- **Thiết kế nghiên cứu:** hồi cứu và tiến cứu mô tả.

- Quy trình nghiên cứu:

+ Đối với BN hồi cứu: Dùng mẫu bệnh án thu thập số liệu có in sẵn các thông tin cần khảo sát. Thu thập thông tin từ những bệnh án đủ tiêu chuẩn theo các biến số nghiên cứu tại phòng lưu trữ hồ sơ của Bệnh viện 74 Trung ương.

+ Đối với BN tiến cứu: Tất cả các bệnh nhân được tiến hành theo các bước: Hỏi bệnh, khám bệnh, làm các xét nghiệm theo một mẫu bệnh án

thống nhất.

- Các thông số xét nghiệm:

+ Định lượng HbA1c (%): xét nghiệm tại thời điểm nhập viện nếu bệnh nhân chưa có kết quả trong vòng 3 tháng gần nhất, nếu đã có kết quả trong vòng 3 tháng gần nhất ở tuyến trước thì lấy luôn kết quả đó, không cần làm lại.

+ Xét nghiệm Glucose máu lúc đói (mmol/l): xét nghiệm tại thời điểm nhập viện, và theo dõi bệnh nhân mỗi tháng 1 lần hoặc khi có bất thường.

+ Lipid máu (Cholesterol, Triglycerid, LDL – C, HDL – C) (mmol/l): ghi nhận 2 nhóm “đạt mục tiêu” và “không đạt mục tiêu”.

+ Xét nghiệm nhuộm soi trực tiếp tìm AFB: Phương pháp nhuộm Ziehl – Neelsen hoặc nhuộm soi huỳnh quang. Thời điểm xét nghiệm: trước khi điều trị, sau 1 tháng, 2 tháng điều trị tấn công với 3 mẫu đờm, những tháng tiếp sau mỗi tháng 1 mẫu đờm.

+ Chụp Xquang ngực chuẩn: để đánh giá tổn thương cơ bản và mức độ của tổn thương tại 4 thời điểm: trước khi điều trị, sau 2 tháng điều trị tấn công, sau 4 tháng và kết thúc điều trị.

- Các chỉ tiêu đánh giá:

+ Mục tiêu kiểm soát các chỉ số của bệnh nhân ĐTĐ týp 2¹: HbA1c < 7%, Glucose máu lúc đói: 4,4 – 7,2mmol/l, HA < 140/90mmHg, LDL-C < 2,6mmol/l, HDL-C > 1mmol đối với nam, HDL-C > 1,3mmol/l đối với nữ, Triglycerid < 1,7mmol/l.

+ Đánh giá mức độ thu gọn tổn thương phổi trên Xquang²: Không thay đổi: diện tích tổn thương không thu hẹp trong quá trình điều trị; Thay đổi ít: tổn thương thâm nhiễm, nốt, hang thu gọn < 50% so với diện tích tổn thương ban đầu trong quá trình điều trị; Thay đổi tốt: tổn thương thâm nhiễm, nốt, hang thu gọn > 50% so với diện tích tổn thương ban đầu trong quá trình điều trị.

+ Đánh giá kết quả điều trị của phác đồ trị lao phổi²: Khỏi: người bệnh lao phổi có bằng chứng vi khuẩn học tại thời điểm bắt đầu điều trị, có kết quả XN đờm trực tiếp hoặc nuôi cấy âm tính tháng cuối của quá trình điều trị và ít nhất 1 lần trước đó; Thất bại: người bệnh lao có kết quả XN đờm trực tiếp hoặc nuôi cấy dương tính từ tháng thứ 5 trở đi của quá trình điều trị.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng kiểm soát đường huyết và một số yếu tố liên quan

- **Đặc điểm chung:** nam giới chiếm tỷ lệ cao 87,8%, nữ (12,2%), tuổi trung bình 58,5 ± 12,3

(thấp nhất 38 tuổi, cao nhất 89 tuổi), cao nhất là nhóm tuổi từ 50 trở lên (76,6%). Tỷ lệ BN có trình độ thấp (mù chữ, cấp 1 và cấp 2) chiếm tỷ lệ cao: 56,2%, BMI trung bình $20,17 \pm 3,01$ (nhỏ nhất 13,3, lớn nhất 29,48), nhiều nhất là BN có cân nặng bình thường (53%), đứng thứ 2 là BN thiếu cân (29,6%).

- **Kiểm soát đường máu lúc đói:** đạt trong 6 tháng có xu hướng tăng dần đều, trong đó cao nhất là tháng thứ 6: 69/115(60%), thấp nhất là tháng thứ nhất: 33/115(28,7%). Kiểm soát HbA1c đạt còn thấp: 57/115 (49,6%).

Bảng 3.1. Tỷ lệ đạt mục tiêu lipid máu, HbA1c, HA ở đối tượng nghiên cứu

Chỉ số mục tiêu	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Đạt mục tiêu LDL - C	16(49)	32,7
Đạt mục tiêu HDL - C	14(49)	28,6
Đạt mục tiêu Triglycerid	57(115)	49,6
Đạt mục tiêu HbA1c	57(115)	49,6
Đạt mục tiêu HA	91(115)	79,1

Nhận xét: Tỷ lệ BN đạt HA mục tiêu cao: 91 BN (79,1%), tỷ lệ BN đạt mục tiêu HbA1c: 57 BN (49,6%) tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C: 16/49 BN đạt mục tiêu LDL-C < 2,6 mmol/l, chiếm 32,7%; 14/49 BN đạt mục tiêu HDL-C > 1,0 mmol/l (nam), > 1,3 mmol/l (nữ,) chiếm 28,6%; 57/115 BN đạt mục tiêu Triglycerid < 1,7 mmol/l, chiếm 49,6%.

Bảng 3.2. Tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát đạt 3 yếu tố HbA1c, HA, LDL-C

Chỉ số đạt mục tiêu	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
0 chỉ số	11	9,6

Bảng 3.2. Thay đổi mức độ tổn thương X-quang phổi của 2 nhóm trong quá trình điều trị.

Thời gian Tổn thương		Sau 2 tháng (1)	Sau 4 tháng (2)	P (1)	P (2)
Không thay đổi	Nhóm 1	2(40%)	0(0%)	p < 0,001	p < 0,001
	Nhóm 2	3(60%)	1(100%)		
Thay đổi ít	Nhóm 1	37(41,1%)	8(21,6%)		
	Nhóm 2	53(58,9%)	29(78,4%)		
Thay đổi tốt	Nhóm 1	18(90%)	49(63,6%)		
	Nhóm 2	2(10%)	28(36,4%)		

Nhóm 1: Kiểm soát đường máu đạt. Nhóm 2: Kiểm soát đường máu không đạt.

Nhận xét: Nhóm kiểm soát đường máu đạt có tỷ lệ thay đổi tổn thương trên Xquang tốt sau 2 tháng và sau 4 tháng lần lượt là 90% và 63,6%, nhiều hơn nhóm kiểm soát đường máu không đạt (10%, 36,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Bảng 3.3. Kết quả xét nghiệm AFB trong đờm của 2 nhóm trong quá trình điều trị:

Xét nghiệm soi trực tiếp tìm AFB	Sau 2 tháng		Sau 4 tháng	
	Nhóm 1 n (%)	Nhóm 2 n (%)	Nhóm 1 n (%)	Nhóm 2 n (%)
Âm tính	54(94,7)	41(70,7)	57(100)	56(96,6)
Dương tính	3(5,3)	17(29,3)	0(0)	2(3,4)
Tổng	57(100)	58(100)	57(100)	58(100)
p	p1 = 0,001		p2 = 0,157	

Nhóm 1: Kiểm soát đường máu đạt. Nhóm 2: Kiểm soát đường máu không đạt.

1 chỉ số	41	35,7
2 chỉ số	50	43,5
3 chỉ số	13	11,2
Tổng	115	100

Nhận xét: Trong 115 BN có 13 BN kiểm soát được cả 3 yếu tố (HbA1c <7%, HA <140/90 mmHg, LDL-C <2,6 mmol/l) chiếm tỷ lệ 11,2%. Đa số BN kiểm soát được 1 hoặc 2 chỉ số chiếm tỷ lệ lần lượt 35,7% và 43,5%, có 11 BN (9,6%) không kiểm soát được chỉ số nào.

- **Một số yếu tố liên quan đến tình trạng kiểm soát đường máu ở nhóm BN nghiên cứu:** chế độ ăn ĐTD, tuân thủ điều trị, luyện tập thể dục và cân nặng của BN có liên quan đến kiểm soát đường máu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Giới, nhóm tuổi, thời gian mắc bệnh ĐTD và loại thuốc ĐTD của BN không liên quan đến kiểm soát đường máu với p > 0,05.

3.2. Kết quả điều trị lao phổi và một số yếu tố liên quan

- Số BN khỏi: 101/115(87,8%), thất bại 14/115(12,2%). Nhóm kiểm soát đường máu đạt có tỷ lệ khỏi 54,5%, nhiều hơn nhóm kiểm soát đường máu không đạt (14,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,005.

- Tỷ lệ triệu chứng ho, khạc đờm và tức ngực sau 4 tháng của nhóm kiểm soát Glucose máu đạt lần lượt là 27,3% và 7,7%, giảm đi nhiều so với triệu chứng ho, khạc đờm và tức ngực sau 4 tháng của nhóm kiểm soát Glucose máu không đạt lần lượt là 72,7% và 92,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Nhận xét: Nhóm kiểm soát đường huyết đạt có tỷ lệ âm hóa sau 2 tháng 94,7%, cao hơn nhóm kiểm soát đường huyết không đạt (70,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$. Sau 4 tháng, tỷ lệ âm hóa giữa nhóm kiểm soát đường huyết đạt và nhóm kiểm soát đường huyết chưa đạt lần lượt là 100% và 96,6%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Trong 115 BN nghiên cứu, nam giới chiếm tỷ lệ cao 87,8%, nữ (12,2%), tuổi trung bình $58,5 \pm 12,3$ (thấp nhất 38 tuổi, cao nhất 89 tuổi). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đặng Văn Khoa 2018⁴, khác biệt với nghiên cứu của Phan Thanh Dũng 2012⁵. Điều này có thể do thói quen hút thuốc lá của nam giới là yếu tố liên quan đến nguy cơ mắc bệnh lao. BN thiếu cân chiếm tỷ lệ khá cao (29,6%), điều này có thể là do đặc điểm BN lao đa số là BN gầy. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ kiểm soát HbA1c đạt mục tiêu chiếm 49,6%, tỷ lệ BN không kiểm soát được chiếm 50,4%. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Lịch 2019, cao hơn kết quả của Nguyễn Văn Tuyển 2017⁶. Trong 115 BN có 13 BN kiểm soát được cả 3 yếu tố (HbA1c <7%, HA <140/90mmHg, LDL-C <2,6mmol/l) chiếm tỷ lệ 11,2%. Đa số BN kiểm soát được 1 hoặc 2 chỉ số chiếm tỷ lệ lần lượt 35,7% và 43,5%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Lịch 2019⁶. Chế độ ăn ĐTD, tuân thủ điều trị, luyện tập thể dục và cân nặng của BN có liên quan đến kiểm soát glucose máu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Giới, nhóm tuổi, thời gian mắc bệnh ĐTD và loại thuốc ĐTD của BN không liên quan đến kiểm soát glucose máu với $p > 0,05$. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả: Trần Thị Lịch 2019, Nguyễn Văn Tuyển 2017, Nguyễn Thị Thu Hằng 2015⁶.

Số BN khỏi: 101/115 (87,8%), thất bại 14/115 (12,2%). Triệu chứng ho, khạc đờm và tức ngực sau 4 tháng của nhóm kiểm soát đường máu đạt giảm đi nhiều so với nhóm kiểm soát đường máu không đạt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,001$). Nhóm kiểm soát đường huyết đạt có tỷ lệ âm hóa sau 2 tháng cao hơn nhóm kiểm soát đường huyết không đạt, sự khác biệt có ý nghĩa thống

kê với ($p = 0,001$). Các kết quả trên tương đồng với nghiên cứu của Đặng Văn Khoa 2018⁴, Phan Thanh Dũng 2012⁵, Huangfu P, Pearson F, Ugarte-Gil C, Critchley J năm 2017⁸. Điều này là bởi vì ĐTD gây ra tình trạng rối loạn chức năng miễn dịch, đặc biệt tăng đường máu gây ức chế miễn dịch qua trung gian tế bào. Đại thực bào đóng vai trò trong bệnh sinh của bệnh lao, và cũng là tế bào khả năng diệt khuẩn mạnh nhất. ĐTD làm tổn thương các chức năng chính của đại thực bào (ĐTB) như chức năng hoá ứng động, chức năng thực bào và chức năng diệt khuẩn. Mặt khác, hoạt động sản xuất oxit nitric (NO) của ĐTB là bước quyết định trong sự kiểm soát thành công nhiễm trùng lao và người ta thấy rằng hoạt động này bị giảm sút ở các bệnh nhân ĐTD mắc lao. Bên cạnh đó hoạt động của các bạch cầu đa nhân có vai trò quan trọng trong ngăn chặn nhiễm trùng lao thông qua sự phối hợp tạo thành u hạt cũng như góp phần vào hoạt động thực bào và sản xuất các cytokin; các hoạt động này cũng cho thấy bị suy giảm ở các BN ĐTD, đặc biệt khi đường máu ≥ 220 mg/dl⁸.

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi rút ra kết luận sau: Tỷ lệ BN không kiểm soát được các mục tiêu điều trị như HbA1c (50,4%), LDL-C (67,3%), HA (20,9%), (11,2%) kiểm soát được cả 3 yếu tố (HbA1c <7%, HA <140/90 mmHg, LDL-C <2,6 mmol/l). Dùng thuốc đều, ăn chế độ ăn ĐTD, tập luyện thể dục hàng ngày và duy trì cân nặng bình thường giúp kiểm soát glucose máu tốt hơn. Kết quả điều trị: Khỏi: 101/115 (87,8%), thất bại 14/115(12,2%). Trong đó nhóm kiểm soát glucose máu đạt có tỷ lệ khỏi, tỷ lệ thay đổi tổn thương trên Xquang tốt, tỷ lệ âm hóa đờm sau 2 tháng nhiều hơn nhóm kiểm soát glucose máu không đạt.

KHUYẾN NGHỊ: Cần kiểm soát tốt đường huyết ở BN ĐTD týp 2 có lao phổi mới AFB (+) bằng việc dùng thuốc đều, duy trì chế độ luyện tập, chế độ ăn có kiểm soát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2020)**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ĐTD týp 2 năm 2020, Quyết định 5481/QĐ-BYT.
- Bộ Y tế - CTCLQG (2020)**, Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao năm 2020, Quyết định 1314/QĐ-BYT.
- Đã đến lúc Chấm dứt Bệnh Lao tại Việt Nam!** Accessed September 25, 2021. <https://www.who.int/vietnam/vi/news/commentaries/detail/it-s-time-to-end-tb-in-viet-nam>
- Đặng Văn Khoa, Hà Văn Sen (2018)**. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị lao phổi

- mới AFB (+) có đái tháo đường bằng phác đồ 2(E)SHRZ/4RHE tại Bệnh viện 74 Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 462, số 2, tháng 1/2018.
5. **Phan Thanh Dũng và Cộng Sự (2012)**, Đặc Điểm Lao Phổi ở Bệnh Nhân Đái Tháo Đường. Kỷ Yếu HNKH Bệnh Viện An Giang.”
6. **Trần Thị Lịch, Nguyễn Khoa Diệu Vân (2019)**. Thực trạng kiểm soát đường huyết và các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân đái tháo đường tít 2 điều trị

- ngoại trú. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 481, số 2 tháng 8/2019.
7. <https://suckhoedoisong.vn/nguy-hiem-khi-benh-nhan-dai-thao-duong-mac-lao-phoi-169170089.htm>
8. **Huangfu P, Pearson F, Ugarte-Gil C, Critchley J**. Diabetes and poor tuberculosis treatment outcomes: issues and implications in data interpretation and analysis. Int J Tuberc Lung Dis. 2017;21(12):1214-1219. doi:10.5588/ijtld.17.0211.

CĂN NGUYÊN VI KHUẨN GÂY VIÊM PHỔI TẬP TRUNG Ở TRẺ EM VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THEO CĂN NGUYÊN VI KHUẨN

Nguyễn Thị Thanh Bình¹, Bùi Thị Thúy Nhung¹

TÓM TẮT

Viêm phổi tập trung ở trẻ em là một bệnh cấp tính, diễn biến rõ ràng, nguyên nhân gây bệnh thường gặp là *Streptococcus pneumoniae*. Việc điều trị gặp nhiều khó khăn do bệnh nhân được chẩn đoán muộn, vi khuẩn kháng thuốc. **Mục tiêu:** tìm hiểu căn nguyên vi khuẩn gây viêm phổi tập trung ở trẻ em và nhận xét kết quả điều trị theo căn nguyên vi khuẩn gây bệnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** khảo sát 174 trẻ em từ 2 tháng – 15 tuổi được chẩn đoán và điều trị viêm phổi tập trung tại Trung Tâm Hô Hấp, Bệnh viện Nhi Trung Ương từ tháng 6 năm 2019 đến tháng 5 năm 2020. **Kết quả:** nguyên nhân gây bệnh thường gặp là *Mycoplasma pneumoniae*, kháng sinh lựa chọn ban đầu để điều trị chủ yếu là Cephalosporin thế hệ 3 kết hợp với Macrolid. Sốt, thở nhanh và rút lõm lồng ngực được cải thiện sớm sau 3 ngày, ran bệnh lý cải thiện chậm hơn, ho thường kéo dài khoảng 2 tuần. Thời gian nằm viện trung bình là 11,3 ± 6,2 ngày.

Từ khóa: viêm phổi tập trung, trẻ em, vi khuẩn

SUMMARY

BACTERIAL ETIOLOGY OF LOBAR PNEUMONIA IN CHILDREN AND TREATMENT RESULTS ACCORDING TO BACTERIAL ETIOLOGY

Lobar pneumonia in children is an acute disease, rampant development, the common cause of the disease is *Streptococcus pneumoniae*. The treatment is difficult because the patient is diagnosed late, bacteria are resistant to drugs. Objectives: to find out the bacterial causes of pneumonia in children and to comment on the results of treatment according to the bacterial cause of the disease. Subjects and research methods: surveying 174 children from 2 months to 15 years of age who were diagnosed and treated for pneumonia at the Respiratory Center, National Children's Hospital from June 2019 to May 2020. Results: The most common cause of the disease is

Mycoplasma pneumoniae, the main antibiotic used to treat it is 3rd generation Cephalosporin combined with Macrolid. Fever, tachypnea, and chest indrawing improve as soon as 3 days, lung rales improve more slowly, and cough usually lasts about 2 weeks. The mean hospital stay was 11.3 ± 6.2 days.

Key words: Lobe pneumonia, children, bacteria

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi tập trung là thuật ngữ chỉ những tổn thương phổi tập trung lại thành đám trên phim chụp X – quang ngực, đây là một thể lâm sàng của viêm phổi, trong đó điển hình là viêm phổi thùy. Hồi cứu bệnh viêm phổi ở trẻ em của Hiệp hội lồng ngực Anh 2011 đã công bố một phân tích từ 2076 nghiên cứu trên nhiều quốc gia cho thấy tỷ lệ mới mắc chung của viêm phổi là 14,7/ 10.000 trẻ em từ 0 – 16 tuổi mỗi năm, trong đó viêm phổi tập trung chiếm tỷ lệ 17,6% [1]. Đây là một bệnh lý cấp tính, diễn biến rõ ràng và thường bị che lấp bởi các triệu chứng ngoài đường hô hấp. Vi khuẩn gây bệnh trước đây thường do phế cầu. Bệnh có thể có những biến chứng nặng như hoại tử, áp xe phổi, tràn dịch, tràn khí màng phổi, thậm chí tử vong... [2]. Việc điều trị gặp nhiều khó khăn do bệnh thường được chẩn đoán muộn, vi khuẩn kháng thuốc hoặc do nguyên nhân gây bệnh là những vi khuẩn khác. Từ trước đến nay đã có rất nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước về dịch tễ học, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên gây viêm phổi ở trẻ em, trong khi đó nghiên cứu về viêm phổi tập trung ở trẻ em còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục đích tìm hiểu căn nguyên vi khuẩn gây viêm phổi tập trung ở trẻ em và nhận xét kết quả điều trị theo căn nguyên vi khuẩn gây bệnh ở nhóm trẻ này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Trẻ từ 2 tháng – 15

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Bình

Email: sonbinh123@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2022

Ngày duyệt bài: 9.9.2022