

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM BỆNH LAO TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN NHI ĐÀ NẴNG

Lê Hoài Phúc, Nguyễn Thiên Nhật Hồng\*, Trương Thị Hạnh

Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bệnh lao là bệnh truyền nhiễm gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe và là một trong các nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới. Ở trẻ em, ước tính mỗi năm có khoảng 1 triệu ca mắc lao mới ở trẻ dưới 15 tuổi, gần 2/3 trường hợp là không được chẩn đoán hoặc không được điều trị. Bệnh lao có thể gặp ở tất cả các bộ phận của cơ thể, triệu chứng đa dạng, trong đó lao phổi là thể lao phổ biến nhất. Nếu được phát hiện sớm và điều trị kịp thời có thể khỏi hoàn toàn bằng các thuốc chống lao đặc hiệu.

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm dịch tễ học, yếu tố nguy cơ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và bước đầu đánh giá kết quả điều trị bệnh lao ở trẻ em.

**Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 36 bệnh nhi mắc lao mới, nhập viện điều trị tại Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng từ tháng 9 năm 2020 đến tháng 9 năm 2022.

**Kết quả:** Lao trẻ em chủ yếu trên 5 tuổi (72,2%). Tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1. 36,1% trẻ mắc lao có nguồn lây xác định, chủ yếu là từ bố. Trong nhóm trẻ mắc lao có 36,1% trẻ nhẹ cân- suy dinh dưỡng, 2,8% nhiễm HIV, 16,7% có bệnh mạn tính kèm theo. 61,1% lao phổi, 38,9% lao ngoài phổi, 40,9% lao phổi đơn thuần, 59,1% lao phổi kèm lao cơ quan khác Ở nhóm lao ngoài phổi, lao hạch 35,7%, lao màng não 35,7%, lao màng phổi 14,3%, lao cột sống 7,1%, lao cơ 7,1%. Triệu chứng toàn thân trẻ mắc lao: sốt 69,4%, mệt mỏi/kém chơi 22,2% và sụt cân 19,4%. Triệu chứng hô hấp: ho kéo dài > 2 tuần với 85,7%, tràn dịch màng phổi 47,6%, suy hô hấp 28,6%, đau ngực 19%, ho ra máu 9,5%. Triệu chứng thần kinh: yếu/liệt chi 80%, rối loạn ý thức 60%, đau đầu 40%, co giật 40%, liệt dây thần kinh sọ 20% và cứng cổ/thóp phồng 20%. Đặc điểm cận lâm sàng: 61,1% trường hợp có bằng chứng vi khuẩn học (GenXpert/AFB đăm/PCR lao), chủ yếu là GenXpert dương tính, máu lắng tăng chiếm 87,5%, hình ảnh tổn thương nghi lao trên X-quang ngực là 66,7% (24/36), hình ảnh tổn thương nghi lao trên CTScan/MRI chiếm tỷ lệ khá cao 96,3% (26/27). Tỷ lệ tử vong 2,8% (1/36) là trường hợp mắc lao kê/suy giảm miễn dịch bẩm sinh. 63,9% có sử dụng kháng sinh trước khi được chẩn đoán lao. 11,1% gặp tác dụng phụ của thuốc điều trị lao. 47,2% có biến chứng trong thời gian nằm viện. 19,4% trẻ có can thiệp ngoại khoa.

**Kết luận:** Lao trẻ em thường gặp ở trẻ trên 5 tuổi, nam nhiều hơn nữ. Trong các thể lao thì lao phổi thường gặp nhất. Trong nhóm lao ngoài phổi thường gặp lao hạch và lao màng não. Các triệu chứng thường gặp nhất là sốt, ho kéo dài trên 2 tuần, tràn dịch màng phổi. Gần 2/3 trường hợp lao trẻ em được chẩn đoán có bằng chứng về vi khuẩn học (chủ yếu là Gene Xpert TB dương tính). Tử vong 2,8% ở bệnh nhi mắc lao có bệnh nền suy giảm miễn dịch bẩm sinh.

**Từ khóa:** lao trẻ em, lao phổi, lao ngoài phổi, điều trị lao trẻ em, yếu tố nguy cơ

### STUDY OF CHARACTERISTICS OF CHILDHOOD TUBERCULOSIS IN DA NANG HOSPITAL FOR WOMEN AND CHILDREN

Lê Hoài Phúc, Nguyễn Thiên Nhật Hồng\*, Trương Thị Hạnh

Da Nang Hospital for Women and Children

Nhận bài: 07-11-2023; Phản biện: 17-01-2024; Chấp nhận: 28-02-2024

Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Thiên Nhật Hồng

Email: nguyenthiennhathong@gmail.com

Địa chỉ: Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng

**Background:** Tuberculosis (TB) is a communicable disease that is a major cause of ill health and one of the leading causes of death worldwide. In children, about 1 million estimated new cases of TB yearly in children younger than 15 years, almost two-thirds are either undiagnosed or untreated. TB can damage many organs in the body with diverse signs and symptoms; meanwhile, Pulmonary TB is the most prevalent type. If early detection and reaching approach treatment with specific medicine, this disease can be completely cured.

**Objectives:** To determine the demographic, risk factors, clinical, and subclinical presentations, and the initial assessment of tuberculosis treatment in children.

**Subjects and Methods:** The medical records of novel patients hospitalized with the diagnosis of pulmonary tuberculosis and extrapulmonary tuberculosis in Da Nang Hospital for Women and Children between September 2020 and September 2022 were evaluated retrospectively.

**Results:** TB in children happens mainly over 5 years old (72.2%). The male/female ratio was 1.5/1. 36.1% of children with TB have an identified source of infection, mainly from their fathers. In the group of children with tuberculosis, 36.1% were underweight and malnourished, 2.8% were infected with HIV, and 16.7% had accompanying chronic diseases. 61.1% had pulmonary tuberculosis, 38.9% had extrapulmonary tuberculosis, 40.9% had simple pulmonary tuberculosis, 59.1% had pulmonary tuberculosis with tuberculosis of other organs. In the group of extrapulmonary tuberculosis, lymph node tuberculosis accounted for 35.7%, pleural tuberculosis brain accounted for 35.7%, pleural tuberculosis accounted for 14.3%, spinal tuberculosis accounted for 7.1%, and muscle tuberculosis accounted for 7.1%. Systemic symptoms of children with TB: fever (69.4%), fatigue/poor playfulness (22.2%), and weight loss (19.4%). Respiratory symptoms: cough lasting > 2 weeks in 85.7%, pleural effusion in 47.6%, respiratory failure in 28.6%, chest pain in 19%, hemoptysis in 9.5%. Neurological symptoms: weakness/paralysis of limbs (80%), disturbance of consciousness (60%), headache (40%), convulsions (40%), cranial nerve paralysis (20%), and stiff neck/bulging fontanel (20%). Paraclinical characteristics: 61.1% of cases had bacteriological evidence (GenXpert/AFB sputum/TB PCR), mainly GenXpert positive, erythrocyte sedimentation increased in 87.5%, images of lesions suspected of tuberculosis on chest X-ray was 66.7% (24/36), images of suspected tuberculosis lesions on CT Scan/MRI accounted for a fairly high rate of 96.3% (26/27). The mortality rate was 2.8% (1/36) in cases of miliary tuberculosis/congenital immunodeficiency. 63.9% used antibiotics before being diagnosed with TB. 11.1% experienced side effects of tuberculosis drugs. 47.2% had complications during the hospital stay. 19.4% of children had surgical intervention

**Conclusion:** Childhood Tuberculosis is common in children over 5 years old and the male proportion is larger. Which, Pulmonary Tuberculosis is the most prevalent. In the group of Extrapulmonary Tuberculosis, TB lymphadenitis, and meningitis take the larger proportions. The universal signs and symptoms in our patients are fever, a persistent cough (> 2 weeks), and pleural effusion. About 2/3 of total TB patients were diagnosed by the evidence of bacteriology (in which, the majority is the positive Gene Xpert TB test). The mortality rate due to tuberculosis in the study was 2.8%, which was in immunocompromised patients.

**Keywords:** Pediatric tuberculosis, pulmonary, extrapulmonary, treatment, risk factors.

---

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao là bệnh truyền nhiễm gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe và là một trong các nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới. Bệnh lao có thể chữa khỏi và có thể phòng ngừa được [10]. Ở trẻ em, ước tính

mỗi năm có khoảng 1 triệu ca mắc lao mới ở trẻ dưới 15 tuổi, gần 2/3 trường hợp là không được chẩn đoán hoặc không được điều trị. Lao là bệnh truyền nhiễm phổ biến đứng hàng thứ 6 gây tử vong ở trẻ nhỏ dưới 5 tuổi. Khoảng 96% trường hợp tử vong ở trẻ em xảy ra ở những trẻ không

được điều trị (trong đó 80% là trẻ dưới 5 tuổi), chủ yếu ở các nước có thu nhập thấp - trung bình. Khi được chẩn đoán và được điều trị thích hợp, tỷ lệ tử vong do lao ở trẻ em là dưới 1% [7].

Việt Nam là một trong 30 nước có gánh nặng bệnh lao cao nhất trên thế giới. Tổ chức Y tế Thế giới ước tính có khoảng 174.000 người mắc lao mới trong đó khoảng 10% là trẻ em và 11.000 người tử vong do bệnh lao ở Việt Nam năm 2018 [6]. Bệnh lao có thể gặp ở tất cả các bộ phận của cơ thể, triệu chứng đa dạng, trong đó lao phổi là thể lao phổ biến nhất. Nếu được phát hiện sớm và điều trị kịp thời có thể khôi phục hoàn toàn bằng các thuốc chống lao đặc hiệu. Để có chiến lược chẩn đoán và điều trị sớm, hạn chế biến chứng di chứng, giảm nguy cơ lây lan tiềm ẩn cho cộng đồng chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học, yếu tố nguy cơ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lao trẻ em và bước đầu đánh giá kết quả điều trị bệnh lao ở trẻ em.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả trẻ em được chẩn đoán mắc lao mới, nhập viện tại Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng từ tháng 9/2020 đến tháng 9/2022 thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại trừ của nghiên cứu.

#### + Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Tất cả trẻ em được chẩn đoán mắc lao khi thỏa mãn một trong hai điều kiện sau [1]:

1. Trẻ có triệu chứng nghi lao và xét nghiệm tìm vi khuẩn lao dương tính đối với các bệnh phẩm lâm sàng (đờm, dịch dạ dày, dịch phế quản, phân, dịch các màng, dịch não tủy, mủ hạch...).

2. Được các bác sĩ chuyên khoa hội chẩn chẩn đoán dựa trên:

- Triệu chứng lâm sàng nghi lao: ho, sốt, ra mồ hôi đêm, sụt cân/không tăng cân, giảm chơi đùa trên 2 tuần, các triệu chứng tại chỗ tùy vị trí tổn thương

- Hình ảnh tổn thương X-quang, siêu âm, CTScan, MRI

- Xét nghiệm dịch các màng: sinh hóa, tế bào, xét nghiệm giải phẫu bệnh.

- Không đáp ứng với điều trị kháng sinh phổ rộng 10-14 ngày.

- Tiền sử tiếp xúc nguồn lây trong vòng 2 năm gần đây.

- Test da với Tuberculin /IGRA (+).

#### + Tiêu chuẩn loại trừ

Trẻ không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán mắc lao hoặc đã có tiền sử mắc lao trước đó hoặc không ghi nhận đủ các biến số nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả cắt ngang

### 2.3. Xử lý số liệu

Phần mềm SPSS 20

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm dịch tễ và yếu tố nguy cơ bệnh lao trẻ em

**Bảng 1.** Đặc điểm dịch tễ và yếu tố nguy cơ bệnh lao trẻ em

Đặc điểm dịch tễ và yếu tố nguy cơ bệnh lao	Số lượng n	Tỷ lệ %
Độ tuổi		
> 5 tuổi	26	72,2
< 5 tuổi	10	27,8
Giới tính		
Nam	22	61,1
Nữ	14	38,9
Nguồn lây xác định*	13	36,1
Chủng ngừa BCG	36	100
Yếu tố nguy cơ		
Nhẹ cân- suy dinh dưỡng	13	36,1
HIV	1	2,8
Bệnh mạn tính kèm theo**	6	16,7

\* Nguồn lây từ bố là nhiều nhất chiếm 38,4%

\*\* suy giảm miễn dịch bẩm sinh, teo đường mật bẩm sinh, bạch cầu cấp, Hemophilia A, L-Down

*Nhận xét:* Lao trẻ em thường gặp ở nhóm trẻ trên 5 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1. 100% có tiêm vaccine lao. Hơn 1/3 trường hợp xác định được

nguồn lây. Các yếu tố nguy cơ của bệnh lao trẻ em: nhẹ cân – suy dinh dưỡng chiếm 36,1%, HIV chiếm 2,8%, bệnh mạn tính 16,7%.

**3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lao trẻ em**

**Bảng 2.** Phân nhóm bệnh lao theo vị trí giải phẫu

Phân nhóm	Số lượng n	Tỷ lệ %
<b>Lao phổi</b>	<b>22</b>	<b>61,1</b>
Lao phổi đơn thuần	9	40,9
Lao phổi kết hợp lao cơ quan khác	13	59,1
<b>Lao ngoài phổi</b>	<b>14</b>	<b>38,9</b>
Lao hạch	5	35,7
Lao màng não	5	35,7
Lao màng phổi	2	14,3
Lao cột sống	1	7,1
Lao cơ*	1	7,1
<b>Tổng</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

\* Trong nghiên cứu của chúng tôi, trường hợp lao cơ được xác định là bệnh nhân bị abscess cơ đùi phải, phẫu thuật dẫn lưu ổ abscess ra mũ hoại tử dạng bã đậu, xét nghiệm dịch mũ tìm thấy vi khuẩn lao.

*Nhận xét:* Ở trẻ em, lao phổi là thể lao phổ biến nhất, chiếm 61,1%. Thể lao ngoài phổi thường gặp là lao hạch và lao màng não.

**Bảng 3.** Triệu chứng toàn thân của bệnh lao

Triệu chứng lâm sàng	Lao phổi n (%)	Lao ngoài phổi n (%)	Tổng n (%)	p
Sốt	16(64)	9(36)	25(69,4)	>0,05
Sốt nhẹ			2(5,6)	
Sốt vừa			14(38,9)	
Sốt cao			9(25)	
Thời gian sốt				
< 7 ngày			6(16,7)	
7-14 ngày			16(44,4)	
>14 ngày			3(8,3)	
Mệt mỏi/kém chơi	4(50)	4(50)	8(22,2)	>0,05
Sụt cân	7(100)	0	7(19,4)	<0,05

*Nhận xét:* 2/3 trường hợp lao trẻ em có sốt, chủ yếu là sốt vừa. Thời gian sốt thường kéo dài từ 7-14 ngày. Chỉ có khoảng 1/5 trường hợp lao trẻ em có triệu chứng mệt mỏi/kém chơi, sụt cân.

**Bảng 4.** Triệu chứng lâm sàng của bệnh lao

Triệu chứng lâm sàng	Lao phổi n (%)	Lao ngoài phổi n (%)	Tổng n (%)	p
<b>Có triệu chứng hô hấp</b>	<b>19(52,7)</b>	<b>2 (5,6)</b>	<b>21(58,3)</b>	<0,05
Ho kéo dài > 2 tuần			18(50)	
Tràn dịch màng phổi			10(27,8)	
Suy hô hấp			6(16,7)	
Đau ngực			4(11,1)	
Ho ra máu			2(5,6)	
<b>Hạch cổ lớn</b>			<b>7(19,4)</b>	
<b>Triệu chứng thần kinh</b>			<b>5(13,9)</b>	
<b>Yếu liệt chi</b>			4(11,1)	
Rối loạn ý thức			3(8,3)	
Đau đầu			2(5,6)	
Co giật			2(5,6)	
Cứng cổ/thóp phồng			1(2,8)	
<b>Triệu chứng tiêu hoá</b>			<b>7(19,4)</b>	
Đau bụng			3(8,3)	
Nôn mửa			4(11,1)	
Tràn dịch màng bụng			1(2,8)	
<b>Triệu chứng cơ xương khớp</b>			<b>2(5,6)</b>	
Đau khớp/đau cơ			2(5,6)	
Tràn dịch khớp			1(2,8)	
Biến dạng khớp			1(2,8)	
Hạn chế vận động/đi lại			2(5,6)	

*Nhận xét:* Về triệu chứng lâm sàng, thường gặp nhất là triệu chứng về hô hấp chiếm gần 60% chủ yếu là triệu chứng ho kéo dài trên 2 tuần và tràn dịch màng phổi.

**Bảng 5.** Xét nghiệm vi khuẩn lao

Xét nghiệm tìm vi khuẩn lao	Lao phổi n (%)	Lao ngoài phổi n (%)	Tổng n (%)	p
<b>Vi khuẩn lao (+)</b>	17(47,2%)	5(13,9%)	22(61,1)	<0,05
GeneXpert TB	15	1	16/35*(45,7)	<0,05
AFB đàm/dịch dạ dày	4	0	4/25*(16)	>0,05
PCR tìm vi khuẩn lao	2	3	5/8*(62,5)	>0,05
Nuôi cấy vi khuẩn lao	0	1	1/3*(33,3)	>0,05

\* Số ca dương tính/số ca thực hiện xét nghiệm

*Nhận xét:* 61,1% trường hợp lao trẻ em có bằng chứng về vi khuẩn lao, chủ yếu được xác định bằng xét nghiệm tìm vi khuẩn lao GeneXpert TB.

**Bảng 6.** Xét nghiệm chỉ số viêm trong bệnh lao

	Lao phổi n (%)	Lao ngoài phổi n (%)	Tổng n (%)	p
CRP tăng	15 (41,7)	7 (19,4)	22/36*(61,1)	>0,05
Máu lắng tăng	16 (51,6)	12 (38,7)	28/31*(90,3)	>0,05

\* Số ca/số ca thực hiện xét nghiệm

*Nhận xét:* Đa số các trường hợp lao trẻ em các chỉ số viêm (CRP và máu lắng) đều tăng và không thấy sự khác biệt giữa nhóm lao phổi và lao ngoài phổi.

**Bảng 7.** Chẩn đoán hình ảnh có tổn thương nghi ngờ lao

	Lao phổi n (%)	Lao ngoài phổi n (%)	Tổng n (%)	P
X-quang ngực	22 (61,6)	2 (5,6)	24/36* (66,7)	<0,05
CTScan/MRI	13 (48,1)	13 (48,1)	26/27* (96,3)	>0,05
FNA/Giải phẫu bệnh	3 (33,3)	6 (66,7)	9/9*(100)	
X-quang xương khớp	0 (0,0)	2 (100,0)	2/2*(100)	

*Nhận xét:* Hình ảnh tổn thương nghi lao trên X-quang ngực là 66,7% (24/36), hình ảnh tổn thương nghi lao trên CTScan/MRI chiếm tỷ lệ khá cao 96,3% (26/27).

### 3.3. Bước đầu đánh giá kết quả điều trị bệnh lao trẻ em

**Bảng 8.** Điều trị lao trẻ em

	Số lượng n	Tỷ lệ %
- Sử dụng kháng sinh trước khi được chẩn đoán lao	23	63,9
- Tác dụng phụ của thuốc lao	4	11,1
- Biến chứng trong thời gian điều trị*	17	47,2
- Can thiệp ngoại khoa**	7	19,4
- Tử vong	1	2,8

\* Biến chứng trong thời gian điều trị: dày dính màng phổi, xẹp phổi, tràn khí màng phổi, yếu liệt chi, giãn não thất, rối loạn cơ vòng, hội chứng Cushing, tử vong

\*\* Các can thiệp ngoại khoa trong quá trình điều trị lao bao gồm dẫn lưu màng phổi, bóc tách màng phổi, dẫn lưu não thất, mổ dẫn lưu ổ abscess trong cơ.

*Nhận xét:* Tỷ lệ sử dụng kháng sinh trước khi được chẩn đoán lao khá cao (gần 2/3 trường hợp), tỷ lệ có biến chứng trong thời gian điều trị gần 50%. Tỷ lệ tử vong bệnh lao trẻ em 2,8%.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm dịch tễ và yếu tố nguy cơ bệnh lao trẻ em

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, lao trẻ em chủ yếu  $\geq 5$  tuổi (72,2%), trẻ nam gặp nhiều hơn nữ (nam/nữ 1,5/1), mặc dù tỷ lệ tiêm vaccine lao là 100%, tuy nhiên trẻ trên 5 tuổi mắc lao nhiều hơn có thể do hiệu quả bảo vệ của vaccine lao đã giảm. Tương tự ở nghiên cứu của Robert J. Blount, Bảo Trần và cộng sự năm 2014, có 53,4% trẻ mắc lao nằm trong độ tuổi từ 5-15 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 1,3/1 [2]. 36,1% số ca bệnh xác định được nguồn lây, chủ yếu từ bố, tương tự nghiên cứu của Ilker Devrim và cộng sự năm 2014, nguồn lây xác định là 37,6%, và chủ yếu từ bố (21/44) [4]. Nghiên cứu của Deniz Aygun và cộng sự (2019) cũng có kết quả nguồn lây chủ yếu là từ cha (50% trường hợp) [3]. Tỷ lệ trẻ mắc

lao có bệnh mạn tính kèm theo chiếm tỷ lệ 16,7%, tương tự nghiên cứu của Deniz Aygun và cộng sự năm 2019 với tỷ lệ bệnh kèm là 12,3% [3].

### 4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lao trẻ em

Lao phổi thường gặp hơn lao ngoài phổi (tỷ lệ lần lượt là 61% và 39%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Luisa Fernanda Imbachí Yunda và cộng sự năm 2017 với 65,6% lao phổi và 34,4% lao ngoài phổi [5]. Nghiên cứu của Sachin Singh và cộng sự (2021) có tỷ lệ lao phổi cao hơn lao ngoài phổi là 56,9% và 43,1% [8].

Lao ngoài phổi gặp nhiều nhất là lao hạch và lao màng não với cùng tỷ lệ 35,7%, sau đó là lao màng phổi với 14,3%. Tương tự với kết quả của nghiên cứu của Soumya Swaminathan năm 2010, lao hạch cũng chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm lao ngoài phổi 67%, tiếp đến là lao hệ thần

kinh trung ương 13%, lao màng phổi 6% [9], khác biệt với nghiên cứu của Sachin Singh và cộng sự (2021) tại Ấn Độ, trong các thể lao ngoài phổi thì lao màng phổi hay gặp nhất (60%), lao hạch và lao màng não ít gặp hơn [8].

Các triệu chứng toàn thân hay gặp ở trẻ mắc lao là sốt, mệt mỏi/kém chơi, sụt cân với tỷ lệ lần lượt là 69,4%, 22,2% và 19,4%. Tương tự nghiên cứu của Robert J. Blount, Bảo Trần và cộng sự năm 2014 với tỷ lệ sốt 65%[2]. Đa số ở mức độ sốt vừa ( $38^{\circ}\text{C} \leq T < 39^{\circ}\text{C}$ ) với tỷ lệ 56%, thời gian sốt kéo dài chủ yếu từ 7-14 ngày (64%).

Triệu chứng các cơ quan thường gặp nhất là triệu chứng về hô hấp chiếm gần 60% chủ yếu là triệu chứng ho kéo dài trên 2 tuần (50%) và tràn dịch màng phổi (27,8%) tương tự nghiên cứu của Deniz Aygun và cộng sự (2019) với kết quả ho kéo dài là triệu chứng phổ biến nhất (49%). Tỷ lệ ho ra máu trong nghiên cứu của chúng tôi khá thấp 5,6%, cao hơn tỷ lệ ho ra máu trong nghiên cứu của Deniz Aygun và cộng sự (1,8%) [8]. Ngoài ra, triệu chứng hạch cổ lớn và triệu chứng tiêu hóa cũng chiếm 19,4%, triệu chứng thần kinh 13,9% và triệu chứng về xương khớp 5,6%.

Về đặc điểm cận lâm sàng, 61,1% trường hợp có bằng chứng vi khuẩn học, trong đó nhóm lao phổi chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm ngoài phổi (47,2% và 13,9%). Tương tự nghiên cứu của Sachin Singh và cộng sự năm 2021 cũng có kết quả bằng chứng vi khuẩn học trong lao phổi cao hơn lao ngoài phổi với tỷ lệ 54% và 4%, nghiên cứu này cũng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về bằng chứng vi khuẩn học với phân nhóm lao [8]. Trong các xét nghiệm tìm vi khuẩn lao thì xét nghiệm GeneXpert TB và AFB đàm/dịch dạ dày được sử dụng nhiều nhất vì tính tiện lợi, cho kết quả nhanh, phù hợp với việc chẩn đoán sớm so với nuôi cấy vi khuẩn lao, xét nghiệm GeneXpert TB ưu điểm hơn PCR lao là biết được vi khuẩn lao có kháng Rifampicin hay không. Trong 22 trường hợp dương tính với vi khuẩn lao, thì xét nghiệm GeneXpert TB dương tính chiếm tỷ lệ cao nhất 72,7%(16/22). Nhóm lao phổi, tất cả các trường hợp đều có X-quang nghi lao (22/22), nhóm lao ngoài phổi thấp hơn với 5,6%. Tương tự ở nghiên cứu của Sachin Singh và cộng sự năm 2021 cũng

cho thấy X-quang phổi bất thường được tìm thấy ở tất cả trẻ lao phổi và chỉ 22,4% lao ngoài phổi [8]. Trong 27 ca lao có chỉ định CT scan/MRI có 26 ca có hình ảnh nghi ngờ lao chiếm tỷ lệ 96,3%.

#### **4.3. Bước đầu đánh giá kết quả điều trị bệnh lao trẻ em**

Về điều trị, có trên 60% trường hợp bệnh nhi được sử dụng kháng sinh trước khi được chẩn đoán bệnh lao, giải thích cho kết quả này có thể do một số trường hợp nghi ngờ nhưng chưa có bằng chứng vi khuẩn học, sẽ tiếp tục điều trị kháng sinh phổ rộng 10-14 ngày sau đó mới đánh giá lại lâm sàng và cận lâm sàng. Bên cạnh đó, có trẻ vào viện trong bệnh cảnh kết hợp nhiễm khuẩn, billan nhiễm trùng tăng cao, do đó cần phải sử dụng thêm kháng sinh. Tỷ lệ trẻ có tác dụng phụ của thuốc kháng lao tương đối thấp, chỉ chiếm 11,1% (4/36). Các tác dụng phụ bao gồm: 1 trẻ nổi ban dị ứng, 2 trẻ tăng men gan, 1 trẻ buồn nôn và nôn khi dùng thuốc. Biến chứng trong thời gian điều trị chiếm 47,2 % bao gồm dày dính màng phổi, xẹp phổi, tràn khí màng phổi, yếu liệt chi, giãn não thất, rối loạn cơ vòng, hội chứng Cushing, tử vong, liên quan đến việc chậm trễ chẩn đoán và điều trị, sử dụng corticoid kéo dài trong lao màng não và bệnh lao trên cơ địa đặc biệt (suy giảm miễn dịch). Có 7/36 trẻ phải can thiệp ngoại khoa trong quá trình nằm viện, chiếm tỷ lệ 19,4%. Các trường hợp này chủ yếu là can thiệp bóc tách, súc rửa màng phổi đối với trẻ dày dính màng phổi mức độ nhiều và can thiệp đặt VP shunt cho trẻ lao màng não có giãn não thất gây tăng áp lực nội sọ.

Tỷ lệ tử vong của bệnh lao trẻ em trong nghiên cứu là 2,8%, cao hơn tỷ lệ tử vong chung của bệnh lao ở trẻ em là 1% [7]. Do nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ, chưa đại diện được cho quần thể chung.

#### **V. KẾT LUẬN**

- Lao trẻ em thường gặp ở trẻ trên 5 tuổi (72,2%), nam nhiều hơn nữ (1,5/1). Hơn 1/3 trường hợp xác định được nguồn lây, chủ yếu là từ bố. Trong các thể lao thì lao phổi thường gặp nhất (61%). Trong nhóm lao ngoài phổi thường gặp lao hạch và lao màng não. Các triệu chứng thường gặp nhất là sốt (69,4%), thường sốt kéo

dài 7-14 ngày, ho kéo dài trên 2 tuần (50%), tràn dịch màng phổi (27,8%). Gần 2/3 trường hợp lao trẻ em được chẩn đoán có bằng chứng về vi khuẩn học (chủ yếu là Gene Xpert TB dương tính).

- Có 63,9% trường hợp được điều trị kháng sinh trước khi được chẩn đoán lao, 11,1% trẻ gặp tác dụng phụ của thuốc kháng lao (ban dị ứng, tăng men gan, buồn nôn và nôn), 47,2% có các biến chứng trong thời gian nằm viện (dày dính màng phổi, xẹp phổi, tràn khí màng phổi, yếu liệt chi, giãn não thất, rối loạn cơ vòng, hội chứng Cushing, tử vong), 19,4% có can thiệp ngoại khoa. Tỷ lệ tử vong 2,8% (1/36) ở bệnh nhi mắc lao có bệnh nền suy giảm miễn dịch bẩm sinh.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, 2020. Hướng dẫn chẩn đoán điều trị và dự phòng bệnh Lao.
2. **Blount RJ, Tran B, Jarlsberg LG et al.** Childhood Tuberculosis in Northern Viet Nam: A Review of 103 Cases. PLoS ONE 2014;9(5):e97267. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0097267>
3. **Aygun D, Akcakaya N, Cokugras H et al.** Evaluation of Clinical and Laboratory Characteristics of Children with Pulmonary and Extrapulmonary Tuberculosis. MDPI medicina 2019; 55(428):428. <https://doi.org/10.3390/medicina55080428>
4. **Devrim I, Aktürk H, Bayram N et al.** Differences Between Pediatric Extra-Pulmonary and Pulmonary Tuberculosis: a Warning Sign for the Future. Mediterr J Hematol Infect Dis 2014;6(1):e2014058. <https://doi.org/10.4084/MJHID.2014.058>
5. **Yunda LFI, Sepúlveda EVF, Harrera KCM et al.** Pulmonary Tuberculosis in a Pediatric Reference Hospital in Bogotá, Colombia. Int J Mycobacteriol 2017;6(3):258-263. [https://doi.org/10.4103/ijmy.ijmy\\_68\\_17](https://doi.org/10.4103/ijmy.ijmy_68_17)
6. **Park Kidong.** It's time to End TB in Viet Nam!. WHO 2020.
7. **Holmberg P, Temesgen Z, Banerjee R.** Tuberculosis in Children. Pediatrics in Review 2019;40(4):168-178. <http://dx.doi.org/10.1542/pir.2018-0093>
8. **Singh S, Chegondi M, Chacham S et al.** Comparison of clinical and laboratory profile of pulmonary and extrapulmonary tuberculosis in children: A single-center experience from India. Journal of Clinical and Translational Research 2021;7(4):423-427.
9. **Swanminathan S, Rekha B.** Pediatric Tuberculosis: Global Overview and Challenges. Tuberculosis Research Centre 2010;50(3):S184-S194.
10. **WHO 2021.** Global Tuberculosis Report.