



Nghiên cứu

NGHIÊN CỨU SỰ THAY ĐỔI MỘT SỐ CHỈ SỐ HUYẾT HỌC VÀ ĐẶC ĐIỂM BỆNH LÝ TỦY XƯƠNG Ở BỆNH NHÂN LAO PHỔI CÓ ADR THUỐC LAO ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG NĂM 2023-2024

Võ Trọng Thành¹, Đinh Văn Lượng¹, Nguyễn Kim Cương¹
¹ Bệnh viện Phổi Trung ương

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Tìm hiểu sự thay đổi một số chỉ số huyết học và đặc điểm bệnh lý tủy xương ở bệnh nhân lao phổi có ADR thuốc lao điều trị tại Bệnh viện Phổi trung ương từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024. **Đối tượng:** 59 bệnh nhân chẩn đoán xác định lao phổi có ADR thuốc lao được điều trị tại Bệnh viện Phổi trung ương. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 59 bệnh nhân chúng tôi thấy rằng đa số bệnh nhân ADR thuốc lao đều có biểu hiện thiếu máu (tỷ lệ thiếu máu ở bệnh nhân nam là 69,49% và ở bệnh nhân nữ là 55,15%). Các thay đổi bất thường về chỉ số huyết học ở các bệnh nhân ADR thuốc lao là khá đa dạng: số lượng bạch cầu trung bình là $12,38 \pm 6,35 \times 10^9/l$ và bạch cầu trung tính trung bình là $8,53 \pm 5,65 \times 10^9/l$, số lượng bạch cầu mono trung bình là $1,6 \pm 0,86 \times 10^9/l$. Các bệnh lý tủy xương (Rối loạn sinh tủy thứ phát chiếm 9%; Tăng sinh tủy phản ứng chiếm 17%; Tủy giảm sinh 1-3 dòng chiếm 7%). **Kết luận:** Trên 59 bệnh nhân nghiên cứu phát hiện thấy tỷ lệ thiếu máu ở bệnh nhân nam là 69,49% và ở bệnh nhân nữ là 55,15%; Tỷ lệ các bệnh lý tủy xương gặp ở bệnh nhân ADR thuốc lao điều trị tại Bệnh viện Phổi trung ương là khá cao (Rối loạn sinh tủy thứ phát chiếm 9%; Tăng sinh tủy phản ứng chiếm 17%; Tủy giảm sinh 1-3 dòng chiếm 7%).

Từ khóa: ADR thuốc lao, thiếu máu, bệnh lý tủy xương.

Abstract: A STUDY ON CHANGES IN SOME HEMATOLOGICAL INDICES AND BONE MARROW PATHOLOGY CHARACTERISTICS IN PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS WITH ANTI-TUBERCULOSIS DRUG ADVERSE REACTIONS TREATED AT THE NATIONAL LUNG HOSPITAL DURING 2023–2024.

Objectives: To study the changes in some hematological indices and bone marrow pathological characteristics in pulmonary tuberculosis patients with ADRs treated at the National Lung Hospital from January 2023 to December 2024. **Subjects:** 59 patients with confirmed pulmonary tuberculosis with ADR treated at the National Lung Hospital. **Methods:** Retrospective, cross-sectional study. **Results:** In our study of 59 patients, we found that most patients with ADR to tuberculosis drugs had anemia (the rate of anemia in male patients was 69.49% and in female patients was 55.15%). Abnormal changes in hematological indices in tuberculosis patients with ADR were quite diverse: the average leukocyte count was $12.38 \pm 6.35 \times 10^9/l$ and the average neutrophil count was $8.53 \pm 5.65 \times 10^9/l$, the average monocyte count was $1.6 \pm 0.86 \times 10^9/l$. Bone marrow diseases (Secondary myelodysplastic syndrome 9%; Myeloproliferation 17%; Hypoplasia 7%). **Conclusions:** In 59 pulmonary tuberculosis patients with ADRs, the rate of anemia in male patients was 69.49% and in female patients was 55.15%; The rate of bone marrow diseases in patients with ADR of tuberculosis drugs treated at the National Lung Hospital was quite high (Secondary myelodysplastic syndrome 9%; Myeloproliferation 17%; Hypoplasia 7%).

Keywords: ADR of tuberculosis drugs, anemia, bone marrow diseases.



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao là một bệnh nhiễm trùng mạn tính do vi khuẩn lao (*Mycobacterium tuberculosis*) gây ra, được Robert Koch phát hiện năm 1882 và nó vẫn là nguyên nhân gây tử vong thứ ba trong các bệnh nhiễm trùng.

Bệnh lao phải điều trị trong thời gian dài liên tục, quá trình điều trị đòi hỏi người bệnh phải tuân thủ nghiêm ngặt các nguyên tắc như: bắt buộc phải phối hợp nhiều loại thuốc chống lao theo phác đồ điều trị; phải dùng thuốc đúng liều chỉ định; phải dùng đều đặn và vào một giờ nhất định trong ngày; phải dùng thuốc đủ thời gian theo 2 giai đoạn tấn công và duy trì; thời gian điều trị bệnh ít nhất là 6 tháng đối với những trường hợp lao thông thường [1].

Hầu như tất cả các loại thuốc có hiệu lực tốt, dù được dùng thận trọng cũng có thể gây ra phản ứng có hại không mong muốn. Theo Luật Dược của Việt Nam (2005) phản ứng có hại của thuốc (Adverse Drug Reactions-ADR) là những tác dụng không mong muốn có hại đến sức khỏe, có thể xuất hiện ở liều dùng bình thường. Các ADR của thuốc chống lao khá phổ biến, gây ra nhiều khó khăn trong điều trị [2].

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), một loại thuốc có phản ứng bất lợi (ADR) là “có bất kỳ phản ứng nào đối với một loại thuốc độc hại và ngoài ý muốn, xảy ra ở liều lượng thường được sử dụng ở người cho dự phòng, chẩn đoán hoặc điều trị bệnh, hoặc để điều chỉnh chức năng sinh lý” [3].

Việc sử dụng các phác đồ điều trị nhiều thuốc trong bệnh lao có ADR ở các mức độ nghiêm trọng khác nhau, chẳng hạn như có thể gây thiếu máu do ức chế hoặc phá hủy hồng cầu và sự thay đổi về các chỉ số huyết học đóng vai trò quan trọng trong cung cấp những dấu hiệu để chẩn đoán, đánh giá tiên lượng và theo dõi điều trị trên lâm sàng bệnh nhân có ADR thuốc lao.

Do đó chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: Tìm hiểu sự thay đổi một số chỉ số huyết học và đặc điểm bệnh lý tủy xương ở bệnh nhân Lao phổi có ADR thuốc lao điều trị tại Bệnh viện Phổi trung ương từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 59 bệnh nhân lao phổi chẩn đoán có ADR thuốc lao được điều trị tại Bệnh viện Phổi trung ương.

2.1.1. Các tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

i) Những bệnh nhân được chẩn đoán mắc lao phổi ADR thuốc lao từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024 được chỉ định làm xét nghiệm huyết đồ, tủy đồ tại Bệnh viện Phổi trung ương;

ii) Dùng thuốc chống lao hàng 1, 2.

iii) Độ tuổi từ 17 tuổi trở lên.



2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

Các bệnh nhân có bệnh hệ thống.

Các bệnh nhân mắc bệnh về máu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn toàn bộ các bệnh nhân có chẩn đoán lao phổi tháng 1 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024 được điều trị tại Bệnh viện Phổi trung ương.

2.2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ 01/01/2023 đến 31/12/2024.

2.2.4. Các phương tiện và vật liệu nghiên cứu:

Máy đếm tế bào tự động XN1000i (Sysmex-Nhật Bản) để xét nghiệm các chỉ số tế bào máu ngoại vi và dịch tủy xương.

Kim chọc hút dịch tủy xương chuyên dụng.

Kính hiển vi OLYMPUS BX43, kết nối máy tính có phần mềm lưu hình ảnh của các tiêu bản máu ngoại vi và tủy xương.

Hồ sơ bệnh án.

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu trên được xử lý theo phương pháp thống kê y học trên chương trình SPSS 20.0

Các biến số định lượng được trình bày theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$).

Các biến số định tính được trình bày theo tỷ lệ %.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về tuổi và giới của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu

Đặc điểm về tuổi và phân bố theo giới của nhóm bệnh nhân nghiên cứu được trình bày ở Bảng 3.1:



Bảng 3.1. Phân bố tuổi trung bình và giới của nhóm bệnh nhân ADR thuốc lao

Tuổi-giới		Nhóm	Bệnh nhân
Tuổi	$\bar{X} \pm SD$		53,55 ± 16,86
	Tuổi thấp nhất		19
	Tuổi cao nhất		86
Giới	Nam	Số lượng (n)	47
		Tỷ lệ (%)	79,66 %
	Nữ	Số lượng (n)	12
		Tỷ lệ (%)	20,34 %
	Tỷ lệ nam:nữ		3,92 : 1

Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân là 53 tuổi; trong đó bệnh nhân có độ tuổi thấp nhất là 19 tuổi và cao nhất là 86 tuổi. 47 bệnh nhân là nam chiếm 79,66% và 12 bệnh nhân là nữ chiếm 20,34%, tỷ lệ nam/nữ là 3,92/1.

3.2. Đặc điểm tế bào máu ngoại vi

3.2.1. Đặc điểm các chỉ số hồng cầu của bệnh nhân ADR thuốc lao

Bảng 3.2. Các chỉ số hồng cầu của bệnh nhân ADR thuốc lao

Chỉ số		Bệnh nhân ($\bar{X} \pm SD$)	Thấp nhất	Cao nhất
Số lượng hồng cầu (x 10 ¹² /l)	Nam	3,65 ± 0,91	2,75	5,33
	Nữ	3,92 ± 0,77	2,33	5,05
Hemoglobin (Hb) (g/l)	Nam	108,22 ± 23,41	67	157
	Nữ	98 ± 21,80	64	146

Số lượng hồng cầu và Hb của các bệnh nhân ADR thuốc lao trong nghiên cứu đều giảm so với giới hạn bình thường.

3.2.2. Đặc điểm thiếu máu của bệnh nhân ADR thuốc lao



Bảng 3.3. Đặc điểm thiếu máu của bệnh nhân ADR thuốc lao

Đặc điểm	Nam (n=47)		Nữ (n=12)	
	n	%	n	%
Tỷ lệ thiếu máu	47	69,49	12	55,15

Tỷ lệ thiếu máu ở nam cao hơn ở nữ, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

3.2.3. Các chỉ số bạch cầu, tiểu cầu của bệnh nhân ADR thuốc lao

Bảng 3.4. Các chỉ số bạch cầu, tiểu cầu của bệnh nhân ADR thuốc lao (n=59)

Chỉ số	Bệnh nhân ($\bar{X} \pm SD$)	Thấp nhất	Cao nhất
Số lượng bạch cầu ($\times 10^9/l$)	12,38 $\pm$ 6,35	1,91	21,52
BC đoạn trung tính ($\times 10^9/l$)	8,53 $\pm$ 5,65	2,19	17,43
Lymphocyte ($\times 10^9/l$)	1,47 $\pm$ 0,51	0,08	4,84
Monocyte ($\times 10^9/l$)	1,6 $\pm$ 0,86	0,09	3,5
Số lượng TC ($\times 10^9/l$)	391,44 $\pm$ 188,15	45	987

Trong các chỉ số về bạch cầu được thu thập, số lượng bạch cầu, bạch cầu đoạn trung tính, bạch cầu monocyte của các bệnh nhân nghiên cứu đều tăng.

3.3. Đặc điểm số lượng tế bào và bệnh lý tủy xương của bệnh nhân lao phổi có ADR thuốc lao

Bảng 3.5. Đặc điểm số lượng tế bào tủy xương của bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số	$\bar{X} \pm SD$ (n=59)	Thấp nhất	Cao nhất
Số lượng tế bào tủy xương ($10^9/l$)	107,40 $\pm$ 42,01	11,42	309,24

Bảng 3.5 cho thấy số lượng tế bào tủy xương có khoảng dao động rất rộng từ 11,42 đến 309,24 $\times 10^9/l$.



Bảng 3.6. Tỷ lệ phát hiện bệnh lý huyết học ở bệnh nhân nghiên cứu

Kết quả xét nghiệm tủy đồ	N (59)	Tỷ lệ %
Tủy bình thường	26	44,07
Tăng sinh tủy phản ứng	17	28,82
Rối loạn sinh tủy thứ phát	9	15,25
Tủy giảm sinh 1-3 dòng	7	11,86

Trong số 59 bệnh nhân ADR thuốc lao phát hiện đến 33 bệnh nhân có bệnh lý tủy xương, chiếm tỷ lệ 55,93%; (trong đó Tăng sinh tủy phản ứng là 17 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 28,82%, RLSTTP là 9 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 15,25% và Tủy giảm sinh 1-3 dòng là 7 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 11,86%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm về tuổi và giới

Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân là 53 tuổi trong đó bệnh nhân có độ tuổi thấp nhất là 19 và cao nhất là 86. Bệnh nhân nam có 47 (79,66%) và bệnh nhân nữ có 12 (20,34%) (Bảng 3.1). Trong 59 trường hợp bệnh nhân lao có ADR thuốc lao điều trị tại Bệnh viện Phổi trung ương có xét nghiệm tủy đồ chúng tôi thấy tỷ lệ bệnh nhân nam cao gấp 2,72 lần bệnh nhân nữ. Molay Banerjee và cộng sự trên 227 bệnh nhân lao phổi AFB(+) tại Ấn Độ báo cáo có 179 bệnh nhân nam (chiếm 78,85%) và 48 bệnh nhân nữ (chiếm 21,15%) [4]. Có thể do thói quen sinh hoạt của nam đa số có dùng nhiều chất kích thích (hút thuốc lá, thuốc lào; uống rượu bia...) nhiều hơn nữ làm ảnh hưởng đến sức khỏe, đặc biệt là hệ thống miễn dịch của cơ thể bị suy yếu nên tỷ lệ tái hoạt động của lao cao hơn.

4.2. Về đặc điểm các chỉ số tế bào máu của nhân lao phổi

Bệnh nhân lao phổi trong nghiên cứu có trung bình số lượng hồng cầu và nồng độ hemoglobin (Hb) trung bình của nam và nữ đều giảm so với người bình thường (Bảng 3.2).

Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có tỷ lệ thiếu máu ở bệnh nhân nam là 69,49% và ở bệnh nhân nữ là 55,15% (Bảng 3.3). Điều này có thể cho thấy thiếu máu là một bất thường phổ biến ở bệnh nhân ADR thuốc lao. Bên cạnh đó chúng tôi cũng thấy rằng số lượng bệnh nhân ADR thuốc lao có các bất thường khác về chỉ số huyết học như có tình trạng tăng số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi; tăng bạch cầu trung tính và bạch cầu mono; Có thể thấy thuốc chống lao gây ảnh hưởng ngay trên các chỉ số huyết học của bệnh nhân và những thay đổi này nên được chú ý trong chẩn đoán cũng như điều trị. Nghiên cứu của Yaranal và cộng sự năm 2013 cho kết quả tương tự [5].

Thiếu máu ở bệnh nhân lao phổi do sự xâm nhập của vi khuẩn dẫn đến sự hoạt hóa các tế bào lympho T và các đại thực bào làm sản sinh các cytokines như interferon gamma (INF-gamma),



alpha (TNF-alpha), interleukin-1 (IL-1) và interleukin-6 (IL-6). Các cytokine này sẽ làm cho sắt chuyển vào dự trữ trong hệ thống liên võng nội mô, dẫn đến sự giảm nồng độ sắt trong huyết tương, do đó hạn chế sự tổng hợp hemoglobin, ức chế sự tăng sinh tế bào gốc hồng cầu và sản xuất erythropoietin, dẫn đến ức chế tủy xương gây thiếu máu.

Ngoài ra, TNF-alpha trực tiếp gây hại hồng cầu và làm giảm tuổi thọ của tế bào hồng cầu. Vì vậy, thiếu máu do nhiễm trùng về cơ bản là thiếu máu thiếu sắt, kết hợp với khả năng tăng sinh dòng hồng cầu để bù đắp cho thiếu máu.

Số lượng bạch cầu trung bình của bệnh nhân lao phổi có ADR thuốc lao tăng, trong đó bạch cầu đoạn trung tính, bạch cầu monocyte của các bệnh nhân nghiên cứu đều tăng (Bảng 3.4).

Sau khi thực bào vi khuẩn, đại thực bào phân hủy vi khuẩn và trình diện kháng nguyên cho các tế bào lympho (chủ yếu là T-CD4); các tế bào T-CD4 sau khi nhận được tín hiệu các kháng nguyên, chúng trở thành các tế bào hoạt hóa và tiết ra Interleukin II khởi động một loạt các phản ứng miễn dịch tiếp theo, giúp cơ thể tiêu diệt vi khuẩn lao. Do đó, một mặt bạch cầu lympho đáp ứng miễn dịch trung gian qua tế bào và để lại dấu ấn miễn dịch, sau khi thực hiện chức năng thì bị giảm; mặt khác, vi khuẩn lao vào cơ thể cũng gây nên tình trạng nhiễm trùng, nên bạch cầu monocyte tăng để thực bào kháng nguyên vi khuẩn.

Trong nghiên cứu của Iqbal và cộng sự (2015), có 22,4% bệnh nhân có số lượng bạch cầu trên 11,0G/L; 72,4% bệnh nhân tăng bạch cầu trung tính, chỉ có 27,6% có số lượng bạch cầu trung tính dưới trung bình [6].

Đối với biểu hiện giảm tiểu cầu, nhiều cơ chế phối hợp được đưa ra như độc tính miễn dịch của thuốc và các cơ chế tự miễn khác, tình trạng xơ hóa tủy, tạo u hạt trong tủy và cường lách [7]. Nguyên nhân giảm số lượng tiểu cầu có thể còn là do hiện tượng miễn dịch do quá trình sản xuất kháng thể kháng tiểu cầu, dẫn đến gây kết dính tiểu cầu, hoạt hóa bề mặt dẫn đến hiện tượng thực bào tiểu cầu [8]. Ngoài ra, giảm SLTC còn do thuốc chống lao gây ra sau 6-7 ngày đối với người dùng thuốc lần đầu tiên, và trong vòng vài giờ ở những bệnh nhân nhạy cảm [9].

4.3. Đặc điểm về các bệnh lý tủy xương thứ phát kèm theo

Trong số 59 bệnh nhân thuộc đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, số lượng tế bào tủy xương trung bình $207,40 \pm 42,01 \times 10^9/l$, thấp nhất $11,42 \times 10^9/l$, cao nhất $309,24 \times 10^9/l$ (Bảng 3.5); có 26 bệnh nhân (44,07%) có kết quả tủy đồ bình thường; còn lại có phối hợp bệnh lý như: rối loạn sinh tủy thứ phát 9 bệnh nhân (15,25%), tăng sinh tủy phản ứng 17 bệnh nhân (28,82%), tủy giảm sinh 1-3 dòng 7 bệnh nhân (11,86%) (Bảng 3.6).

Trong 26 bệnh nhân lao phổi có kết quả tủy xương bình thường thì đa số các đặc điểm hình thái học hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu đều bình thường; có 7 bệnh nhân có hình thái hồng cầu nhược sắc; 6 bệnh nhân có hồng cầu đa kích thước; 9 bệnh nhân có kém biệt hóa hồng cầu; 4 bệnh nhân có bạch cầu đoạn trung tính tăng hạt đặc hiệu.



Trong 9 bệnh nhân lao phổi có rối loạn sinh tủy thứ phát thì gặp các đặc điểm hình thái học hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu như sau: 4 bệnh nhân bị rối loạn biệt hóa hồng cầu (biểu hiện không đồng bộ nhân và nguyên sinh chất của hồng cầu có nhân trong tủy xương); 3 bệnh nhân có hồng cầu đa kích thước; 2 bệnh nhân bạch cầu đoạn trung tính ngoại vi tăng hạt đặc hiệu;

Hội chứng rối loạn sinh tủy thứ phát trong bệnh lao cũng được ghi nhận trong một số nghiên cứu. Neonakis và cộng sự (2008) báo cáo trong một đánh giá 10 năm từ một trung tâm ung thư thấy rằng hội chứng rối loạn sinh tủy gặp trong lao phổi chiếm 10,5% tổng số bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh lao và khối u ác tính huyết học [10].

Nghiên cứu của Shaharir và cộng sự năm 2013 trên bệnh nhân lao toàn thể có u hạt với các tế bào khổng lồ Langhans trong tủy xương. Xét nghiệm tủy đồ ban đầu có rối loạn cả ba dòng được cho là phản ứng với nhiễm trùng [9].

Trong 17 bệnh nhân lao phổi có tăng sinh tủy phản ứng thì gặp các đặc điểm hình thái học hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu như sau: 4 bệnh nhân hồng cầu nhược sắc; 5 bệnh nhân biệt hóa bạch cầu tủy xương có các blast; 6 bệnh nhân bạch cầu ngoại vi tăng hạt đặc hiệu; 2 bệnh nhân có tiểu cầu ngưng tụ.

Nghiên cứu của Tassies và cộng sự năm 1991 đã phân tích tỷ lệ mắc bệnh lao trong số 562 bệnh nhân bị hội chứng tăng sinh tủy mạn tính (CMPS-chronic myeloproliferative syndrome). Trên bệnh nhân hội chứng tăng sinh tủy ở thể mạn tính, tỷ lệ mắc bệnh lao cao hơn so với người bình thường, với tần số cao lao toàn thể [11].

Tình trạng giảm 3 dòng ngoại vi và giảm sinh tủy được mô tả rất nhiều ở bệnh nhân lao. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7 bệnh nhân trong tổng số 59 bệnh nhân lao phổi có giảm 3 dòng ngoại vi và tủy giảm sinh.

Nghiên cứu cắt ngang của Ashraf và cộng sự năm 2014 báo cáo giảm 3 dòng ngoại vi trên bệnh nhân lao toàn thể, xét nghiệm tủy đồ thấy u hạt và tủy tăng sinh dòng plasmocyte [12]. Tỷ lệ u hạt lao trong tủy xương dao động từ 0,38% đến 2,2%. Nguyên nhân có thể do vi khuẩn lao kích thích các bạch cầu mono trong máu tổng hợp TGF- β , là một trung gian ở các dạng xơ hóa mô khác nhau và đã được giả định là một tác nhân gây nên xơ hóa tủy xương, được thể hiện trong các tế bào khổng lồ Langerhans và các tế bào biểu mô ở các u hạt lao. Ngoài sự thâm nhiễm tủy xương do u hạt lao, giảm 3 dòng ngoại vi cũng có thể là do sự ức chế tủy xương thông qua sự phóng thích interferon và lymphotoxin [13].

Demirglu báo cáo một số ca bệnh giảm sinh 3 dòng tế bào tủy ở bệnh nhân lao phổi mới chẩn đoán và phục hồi dần khi bệnh nhân điều trị thuốc chống lao thành công. Hội chứng thực bào máu trong lao là một biến chứng ít gặp và được cho là có liên quan đến tình trạng tăng tiết cytokine trong các bệnh viêm mạn tính [14].



Sự xuất hiện của giảm 3 dòng ngoại vi trong lao toàn thể còn là kết quả của xơ tủy, tăng sinh tổ chức bào và hiện tượng thực bào các tế bào máu do các tế bào biểu mô trong tủy xương hoặc sự thâm nhiễm của tủy xương bằng các u hạt hoại tử hoặc không hoại tử. Trái với tình trạng ức chế sinh hồng cầu trong tủy xương vốn khá thường gặp ở bệnh nhân lao, dòng bạch cầu hạt thường có biểu hiện tăng sinh phản ứng dẫn tới biểu hiện tăng bạch cầu hạt trung tính ở máu ngoại vi. Dòng lympho trong tủy thường không tăng hoặc giảm nhẹ, có lẽ vì thế mà tỷ lệ bệnh nhân lao phổi có biểu hiện giảm tế bào lympho thường cao hơn tỷ lệ bệnh nhân tăng lympho ở máu ngoại vi [15].

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 59 bệnh nhân lao phổi có ADR thuốc lao vào điều trị tại Bệnh viện Phổi trung ương, chúng tôi có được kết luận như sau:

- Chỉ số hồng cầu trung bình: $3,65 \pm 0,91 \times 10^{12}/l$ ở nam và $3,92 \pm 0,77 \times 10^{12}/l$ ở nữ. Lượng Huyết sắc tố trung bình: $108,22 \pm 23,41g/l$ ở nam và $98 \pm 21,8 \times 10^{12}g/l$ ở nữ. Tỷ lệ thiếu máu 69,49% ở nam và 55,15% ở nữ.
- Chỉ số bạch cầu trung bình: $12,38 \pm 6,35 \times 10^9/l$.
- Chỉ số tiểu cầu trung bình: $391,41 \pm 188,15 \times 10^9/l$.
- Đặc điểm các bệnh lý tủy xương chủ yếu của bệnh nhân lao phổi có ADR thuốc lao: Tăng sinh tủy phản ứng, rối loạn sinh tủy thứ phát, tủy giảm sinh 1-3 dòng.

6. KIẾN NGHỊ

Sau khi tổng hợp kết quả xét nghiệm huyết tủy đồ của 59 bệnh nhân lao phổi có ADR thuốc lao chúng ta bước đầu thấy rõ tỷ lệ phát hiện bệnh lý huyết học ở các bệnh nhân ADR thuốc lao là khá cao (33/59 chiếm 55,93% tổng số bệnh nhân). Bước đầu khẳng định xét nghiệm huyết tủy đồ là một xét nghiệm huyết học cận lâm sàng rất quan trọng và cần thiết đối với các bệnh nhân chẩn đoán lao ngoài phổi nói chung và ADR thuốc lao nói riêng.

Địa chỉ tác giả liên hệ: Email: nihbt.nlh2010@gmail.com

Ngày nhận: 13/08/2025

Ngày chấp nhận: 13/09/2025

Phản biện: PGS. TS. BS. Đinh Ngọc Sỹ, PGS. TS. BS. Tạ Bá Thắng

Tài liệu tham khảo

1. Trần Văn Sáng (2007). Lao phổi, Bệnh học lao, Nhà Xuất bản Y học, 31-46.



2. Nguyễn Viết Nhung (2020), Hướng dẫn quản lý bệnh lao, Nhà Xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Chương trình chống lao Quốc gia (2018). HƯỚNG DẪN QUẢN LÝ BIẾN CỐ BẤT LỢI TRONG ĐIỀU TRỊ LAO KHÁNG THUỐC (Cập nhật 2018).
4. Banerjee M., Chaudhary B.L. and Shukla S. (2015), Hematological profile among pulmonary Tuberculosis patients in Tertiary care hospital, International Journal of Bioassays, 4(05), 3900-3902.
5. Yaranal P.J., Umashankar T., Harish S.G. (2013). Hematological Profile in Pulmonary Tuberculosis. International Journal of Health and Rehabilitation Sciences, Volume 2, Issue 1, 50-55.
6. Iqbal S., Ahmed U., Khan M.A. et al (2015), Haematological parameters altered in Tuberculosis, Pak J Physiol, 11(1), 13–16.
7. Hakawi A.M. and Alrajhi A.A. (2006). Tuberculosis of the bone marrow: clinico-pathological study of 22 cases from Saudi Arabia. Int J Tuberc Lung Dis, 10(9), 1041-4.
8. Shareef H.A., Amin N.R.M. (2012), Abnormalities of hematological parameters in newly diagnosed Pulmonary tuberculosis patients in Kirkuk city. Journal of Babylon University/Pure and Applied Sciences, No.(5), Vol.(20).
9. Shaharir S.S., Tumian N.R., Lin A.B.Y. et al (2013), Disseminated tuberculosis masquerading primary myelodysplastic syndrome, Journal Infect Dev Ctries, 7(3), 286-288.
10. Neonakis I.K., Alexandrakis M.G., Gitti Z. et al (2008). Miliary tuberculosis with no pulmonary involvement in myelodysplastic syndromes: a curable, yet rarely diagnosed, disease: case report and review of the literature. Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials, 7:8.
11. Tassies D., Cervantes F., Nicolás J.M. et al (1991), Tuberculosis in chronic myeloproliferative syndromes: its incidence and principle characteristics in a series of 562 patients, Article in Medicina Clínica, 96(9), 321-323.
12. Ashraf M.U., Zaheer M.S. and Rabbani M.U. (2014), In Tuberculosis -Uncommon Presentation of a Common Disease, J Clin Case Rep 4, Volume 4, Issue 5.
13. Jin Y.K., Shi Q.L., Peng C.H. et al (2016), Myelofibrosis with Tuberculosis: A Case Report, American Journal of Medical Case Reports, Vol. 4, No. 7, 240-241.
14. Demiroglu H., Ozcebe O.I., Ozdemir L. et al (1994), Pancytopenia with hypocellular bone marrow due to Miliary TB, Acta - Haematol. 91(1): 49-51.
15. Mekki S.A. (2000), Hematological abnormalities in patients with smear positive pulmonary tuberculosis, Degree of Clinical MD in Medicine, University of Khartoum-Sudan.