

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X-QUANG PHỔI VÀ TÌNH TRẠNG KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT Ở BỆNH NHÂN LAO PHỔI VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

Trần Thị Dạ Thảo*, Quang Văn Trí*

TÓM TẮT

Mở đầu: Sự phối hợp lao phổi và đái tháo đường là vấn đề sức khỏe quan trọng hiện nay tại Việt Nam.

Mục tiêu: Khảo sát lâm sàng, tổn thương X-quang phổi, đặc điểm vi trùng học và tình trạng kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân lao phổi kèm đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2.

Phương pháp: Cắt ngang, gồm những bệnh nhân lao phổi nhập viện Phạm Ngọc Thạch từ 7/2008 đến 7/2009. Nhóm nghiên cứu gồm 154 bệnh nhân lao phổi - ĐTĐ típ 2, nhóm chứng gồm 101 bệnh nhân lao phổi không ĐTĐ.

Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm lao phổi - ĐTĐ là 59 ± 24 . Độ tuổi thường mắc bệnh nhất của nhóm không ĐTĐ là dưới 40 tuổi. Có 64,9% bệnh nhân mắc đái tháo đường trước lao (thường gặp nhất là từ 2-5 năm). Ho ra máu và sụt cân thường gặp hơn ở nhóm có ĐTĐ. Lao phổi AFB dương ở nhóm ĐTĐ là 86,4% so với nhóm không ĐTĐ là 67,3%. Tổn thương phân bố lan tỏa chiếm tỉ lệ 66,2% ở nhóm ĐTĐ và 58,4% ở nhóm không ĐTĐ. Tổn thương dạng hang và tổn thương thùy dưới gặp nhiều hơn ở nhóm ĐTĐ (54,3% và 65%) so với nhóm không ĐTĐ (25,7% và 43,5%). Đái tháo đường là yếu tố nguy cơ độc lập đối với tổn thương thùy dưới và tổn thương dạng hang.

Kết luận: Đái tháo đường làm thay đổi một số biểu hiện lâm sàng và Xquang của lao phổi. Tổn thương lan tỏa nhiều thùy, tổn thương thùy dưới và tổn thương dạng hang là những điểm khác biệt cần chú ý ở bệnh nhân lao phổi mắc đái tháo đường.

Từ khóa: lao phổi, đái tháo đường, xquang phổi, đường huyết

ABSTRACT

CLINICAL FEATURES, CHEST XRAY AND GLYCEMIA CONTROL IN PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS AND DIABETES

Tran Thi Da Thao, Quang Van Tri

* Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Vol. 14 – Supplement of No 1 – 2010: 419 - 424

Background: The combination of pulmonary tuberculosis (PT) and diabetes is currently an important health problem in Vietnam.

Objective: Investigate the clinical features, chest xray, bacteriology and glycemia control in patients with PT and diabetes.

Method: Cross – sectional study performed in patients with PT admitted to Pham Ngoc Thach Hospital from 7/2008 to 7/2009. The study group included 154 PT patients with diabetes, and the control group 101 PT patients without diabetes.

Results: The average age in the study group was 59 ± 24 years. The most frequent age in the control group was below 40 years. Diabetes was diagnosed before PT in 64.9% of cases (2-5 years was commonest). Hemoptysis and weight loss were more seen in the study group. Smear positive PT was found in 86.4% in the study group,

* Bộ môn Lao và bệnh Phổi, khoa Y - Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh
Địa chỉ liên hệ: BS. Trần Thị Dạ Thảo

ĐT: 0989036832

Email: drdathao@gmail.com

compared to 58.4% in the control group. The diffuse lesion on chest xray was noted in 66.2% in the study group, and in 58.4% in the control group. The cavitory and lower lung field lesions were more observed in the study group (54.3% and 65% respectively) vs the control group (25.7% and 43.5% respectively). Diabetes is an independent risk factor of the cavitory and lower lung field lesions.

Conclusion: Diabetes altered some clinical features and chest xray of PT. The diffuse, lower lung field and cavitory lesions constitute the significant difference to note in PT patients with diabetes.

Keywords: pulmonary tuberculosis, diabetes, chest xray, glycemi

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, bệnh lao vẫn là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong số các bệnh nhiễm trùng, còn đái tháo đường (ĐTĐ) là nguyên nhân gây tử vong hàng thứ năm trong số tất cả các bệnh lý. Sự phối hợp hai bệnh lý này hiện nay là vấn đề sức khỏe đang được báo động nghiêm trọng trên toàn cầu, đặc biệt là vùng châu Á-Thái Bình Đông. Tuy vậy vẫn đã ghi nhận đái tháo đường làm thay đổi các đặc điểm lâm sàng, Xquang của lao phổi, tại Việt Nam vẫn chưa có những nghiên cứu về vấn đề này cùng với tình trạng kiểm soát đường huyết của bệnh nhân. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm khảo sát các đặc điểm về lâm sàng, vi trùng học, Xquang phổi và tình trạng kiểm soát đường huyết của bệnh nhân lao phổi mắc ĐTĐ típ 2.

Mục tiêu nghiên cứu

- Mô tả và so sánh đặc điểm về lâm sàng, X-quang phổi, xét nghiệm vi trùng lao giữa hai nhóm lao phổi có ĐTĐ và không ĐTĐ.
- Đánh giá sự kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân lao phổi - ĐTĐ típ 2.
- Khảo sát mối tương quan giữa tổn thương X-quang phổi và tình trạng kiểm soát đường huyết.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang

Mẫu nghiên cứu: tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán xác định lao phổi có và không có ĐTĐ típ 2 nhập viện khoa lao bệnh viện Phạm Ngọc Thạch từ 7/2008 đến 7/2009. Chúng tôi loại trừ những bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, có thiếu máu, có bệnh gan thận

nặng, nhiễm HIV, dùng corticoids trên ba tháng, và những bệnh nhân lao ngoài phổi đơn thuần.

Thu thập và xử lý số liệu

Các bệnh nhân được hỏi bệnh sử, khám lâm sàng, phỏng vấn về bệnh đái tháo đường và được thực hiện các xét nghiệm. Các thông số trên được ghi nhận vào phiếu thu thập số liệu riêng của hai nhóm (có và không có đái tháo đường). Riêng Xquang phổi được lau và phân tích độc lập bởi hai bác sĩ chuyên khoa lao và bệnh phổi (một trực tiếp và một không trực tiếp tham gia nghiên cứu).

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Phép kiểm t, Mann Whitney U cho các biến định lượng, phép kiểm chi bình phương cho các biến định tính, hệ số tương quan Spearman, hồi qui logistic để tìm mối tương quan. Giá trị p<0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê.

KẾT QUẢ

Nghiên cứu gồm 255 bệnh nhân, chia làm hai nhóm. Nhóm nghiên cứu gồm 154 bệnh nhân lao phổi – ĐTĐ típ 2, nhóm chứng gồm 101 bệnh nhân lao phổi không mắc ĐTĐ.

Bảng 1: Các đặc điểm dịch tễ học của dân số nghiên cứu

	Đái tháo đường	Không đái tháo đường	p
Tổng số (n)	154	101	
Tuổi (năm)	59±24 [32-88]	54 ±32 [22-84]	0,007
Độ tuổi thường gặp nhất	51-60	< 40	
Nam/nữ	86/68	67/34	
Nơi cư ngụ			
Thành phố (n)	96 (62,3%)	47 (46,5%)	
Tỉnh (n)	58 (37,6%)	54 (53,5%)	
BMI (kg/m ²)	19,2±6,1 [11-29]	18±4,4 [12,2-25,3]	0,001

	Đái tháo đường	Không đái tháo đường	p
n: số bệnh nhân			

Tuổi trung bình của nhóm lao phổi – ĐTĐ là 59, độ tuổi thường gặp nhất là 51-60 tuổi. Trong khi đó, tuổi trung bình của nhóm lao phổi - không ĐTĐ là 54, và độ tuổi thường mắc bệnh nhất là dưới 40 tuổi. Trong cả hai nhóm, tỉ lệ nam giới mắc bệnh cao hơn. Cả hai nhóm đều có BMI thấp.

Bảng 2: Hình thức phối hợp lao phổi - đái tháo đường

Thời điểm chẩn đoán lao phổi so với đái tháo đường (n)	
Đái tháo đường chẩn đoán trước lao phổi	100 (64,9%)
Đái tháo đường chẩn đoán cùng lúc lao phổi	43 (27,9%)
Lao phổi trước đái tháo đường	11 (7,1%)
Thời gian đái tháo đường trước lao * (trung vị, năm)	4 [0,5 – 15]
< 2 năm (n)	15
2- 5 năm	52
6-10 năm	23
> 10 năm	8

Bảng 3: So sánh tỉ lệ lao tái phát, lao kháng thuốc và ở nhóm lao phổi mắc đái tháo đường trước lao và nhóm không đái tháo đường

	ĐTĐ trước lao (n=100)	Không ĐTĐ (n=101)	p
Lao tái phát			
1 lần	16 (16%)	20 (19,8%)	
2 lần	7 (7%)	4 (3,96%)	
> 2 lần	5 (5%)	0	
Tổng cộng	28 (28%)	24 (23,7%)	0,9
Cấy đàm			
Số bệnh nhân được cấy	51	14	
Lao kháng thuốc	12	4	
Lao ngoài phổi	Có đái tháo đường (n=154)	Không ĐTĐ (n=101)	
Lao màng phổi	24	9	
Lao màng não	1	6	
Lao ruột	2	0	
Lao thanh quản	3	0	
Lao hạch	1	1	
Lao cột sống	0	2	
Lao tinh hoàn	0	1	
Tổng cộng	31 (20,1%)	19 (18,8%)	0,8

Về triệu chứng lâm sàng, thời gian khởi bệnh thường gặp nhất ở cả hai nhóm là 30 ngày, trung vị của nhóm lao phổi - ĐTĐ là 20 và nhóm không ĐTĐ là 15. Ăn kém, sụt cân và ho ra máu là những triệu chứng lâm sàng thường gặp hơn ở nhóm có ĐTĐ một cách có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4: Triệu chứng lâm sàng

Các triệu chứng	Lao phổi-ĐTĐ (n=154)	Lao phổi-không ĐTĐ (n=101)	p
Thời gian khởi bệnh (ngày) Thường gặp nhất	20 [1- 160] 30	15 [1-90] 30	
Ho khạc đàm	131 (85,1%)	90 (89,1%)	0,4
Sốt	90 (58,4%)	59 (58,4%)	0,9
Ăn kém, sụt cân	66 (42,9%)	27 (26,7%)	0,009
Mệt mỏi	30 (19,5%)	18 (17,8%)	0,6
Đau ngực	22 (14,3%)	11 (10,9%)	0,5
Ho ra máu	32 (22,8%)	10 (9,9%)	0,04
Khó thở	42 (27,3%)	26 (25,7%)	0,8

Tổn thương X-quang được khảo sát về sự phân bố tổn thương, đặc biệt là tổn thương thùy dưới và các dạng tổn thương. Ở nhóm lao phổi - ĐTĐ, hình ảnh Xquang được phân tích trên 151 trường hợp, do có 3 trường hợp thất lạc phim lúc chúng tôi xử lý ảnh.

So sánh đặc điểm Xquang giữa hai nhóm, chúng tôi ghi nhận tổn thương lan tỏa trong nhóm có ĐTĐ là 66,2%, nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không ĐTĐ, 58,4%. (p=0,001, phép kiểm chi bình phương). Lao phổi có tổn thương thùy dưới ở nhóm có ĐTĐ là 65%, nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không ĐTĐ là 43,5% (p=0,04). Tổn thương dạng hang ở nhóm ĐTĐ là 54,3%, ở nhóm không ĐTĐ là 25,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,01.

Bảng 5: Tổn thương X-quang phổi ở hai nhóm bệnh nhân

Tổn thương X-quang	Đái tháo đường (n=151)		Không đái tháo đường (n=101)	
	n	%	n	%
Phân bố tổn thương				
Khu trú	49	31,8%	42	41,6%
Lan tỏa	102	66,2%	59	58,4%
Tổn thương thùy trên hay dưới				
Chỉ thùy trên	53	34,4%	57	56,4%

Tổn thương X-quang	Đái tháo đường (n=151)		Không đái tháo đường (n=101)	
	Đếm	Phần trăm	Đếm	Phần trăm
Chỉ thùy dưới	19	12,3%	6	5,9%
Cả thùy trên và thùy dưới	79	51,3%	38	37,6%
Có tổn thương thùy dưới	98	65%	44	43,5%
Dạng tổn thương				
Tổn thương dạng hang				
Không có hang	69	44,8%	75	74,3%
Có 1 hang	55	35,7%	22	21,8%
≥ 2 hang	27	17,5%	4	4%
Có tổn thương hang	82	54,3%	26	25,7%
Thâm nhiễm				
Dạng nốt	72	46,8	29	28,7%
Dạng kê	2	1,3%	8	7,9%
Mờ đồng nhất	6	3,9%	3	3%
Dạng u	0	0%	1	1%
Xơ sẹo, nốt vôi hóa	23	14,9%	11	10,9%
Khí phế thũng	3	1,9%	0	0%
Tràn dịch màng phổi	20	13%	5	4,95%
Tràn khí màng phổi	7	4,5%	4	3,96%
Xẹp phổi	5	3,2%	1	0,99%

Xét nghiệm vi trùng lao

Trong 154 trường hợp lao phổi – ĐTĐ, lao phổi AFB (+) chiếm tỉ lệ 86,4% . Nhóm chứng có tỉ lệ lao phổi AFB (+) là 67,3%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,0001$.

Tình trạng điều trị và kiểm soát đường huyết: được khảo sát ở 100 trường hợp lao phổi – ĐTĐ trước lao. Đường huyết đói trung bình là $13,8 \pm 10,2$ [5-30,5]. HbA1C trung bình là $9,4 \pm 4$ [5,7-17,5]. Chỉ có 44 trường hợp điều trị liên tục, 55 trường hợp không điều trị liên tục và 1 trường hợp không điều trị. 73% số bệnh nhân không biết tên thuốc hạ đường huyết mình đang dùng. Chỉ có 5 bệnh nhân đạt trị số HbA1C ≤ 7 .

Mối quan hệ giữa tổn thương X quang phổi và bệnh lý đái tháo đường

Chúng tôi không tìm thấy sự tương quan giữa HbA1C và với mức độ lan tỏa của tổn thương trên Xquang phổi (hệ số Spearman = 0,08; $p = 0,4$), với sự hiện diện hang (hệ số Spearman = 0,08; $p = 0,4$) và với tổn thương thùy dưới (hệ số Spearman = -0,051; ; $p = 0,6$).

Qua phân tích hồi quy logistic, chúng tôi ghi nhận được đái tháo đường là yếu tố nguy cơ độc lập của tổn thương thùy dưới (OR= 2,9, 95% CI = 1,7-5, $p = 0,0002$) và tổn thương dạng hang (OR = 4,5, 95% CI = 2,5 – 8,1, $p < 0,0001$).

BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận tuổi trung bình của nhóm lao phổi – ĐTĐ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm lao phổi không đái tháo đường. Độ tuổi mắc bệnh thường gặp nhất của nhóm có ĐTĐ là 51-60 tuổi trong khi nhóm bệnh nhân không ĐTĐ là dưới 40 tuổi. Theo thống kê của WHO (2000), ở những nước đang phát triển, độ tuổi mắc đái tháo đường nhiều nhất là 45-64 tuổi. Đối với trường hợp lao phổi phối hợp ĐTĐ, đa số các nghiên cứu cũng ghi nhận nhóm bệnh nhân này có tuổi mắc bệnh trung bình cao hơn bệnh nhân lao phổi đơn thuần^(1,2,12,14,15).

Trong đa số các trường hợp, bệnh nhân mắc đái tháo đường trước, sau đó xuất hiện bệnh lao (64,9%). Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh là tình trạng rối loạn miễn dịch trong đái tháo đường là yếu tố thuận lợi cho bệnh lao xuất hiện^(4,6). Tình huống thường gặp thứ hai là lao phổi và đái tháo đường phát hiện cùng lúc, hay nói cách khác là lao phổi giúp phát hiện đái tháo đường, bệnh lý có thể đã diễn tiến âm thầm một thời gian mà chưa được chẩn đoán^(2,8,10). Cũng theo WHO, có đến 50% bệnh nhân đái tháo đường típ 2 không được chẩn đoán⁽¹⁴⁾. Do vậy, tầm soát bệnh lý đái tháo đường nên được thực hiện ở bệnh nhân lao phổi một cách thường quy, nhất là những bệnh nhân ngoại trú.

Thời gian mắc đái tháo đường trước lao thường gặp nhất trong vòng 2-5 năm (53,06%). Đa số các nghiên cứu cho kết quả tương tự^(10,12,14,15). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ lao ngoài phổi ở hai nhóm bệnh nhân. Cho đến hiện nay, tuy có nhiều nghi ngờ đái tháo đường làm tăng tần suất lao ngoài phổi nhưng chưa có nghiên cứu nào khẳng định điều này, chỉ có nhiễm HIV được công nhận là yếu tố làm gia tăng tần suất lao ngoài phổi^(3,11,15).

Lao tái phát không khác biệt giữa hai nhóm. Chúng tôi cũng chưa kết luận được đái tháo đường làm tăng tỉ lệ lao kháng thuốc. Vấn đề này còn đang tranh cãi và có nhiều nghiên cứu đang chứng minh. J. Mboussa ghi nhận lao tái phát ở bệnh nhân đái tháo đường là 18,75%, không đái tháo đường là 9%. Banerjee ghi nhận không có sự khác biệt nhưng có liên quan đến lao kháng thuốc⁽²⁾. Theo Bashar và Nissapatorn, lao tái phát và tình trạng đa kháng thuốc trên bệnh nhân lao phổi - ĐTĐ là vấn đề rất cần được quan tâm, nên tiến hành cấy đàm và làm kháng sinh đồ đa kháng ở tất cả những bệnh nhân lao phổi có đái tháo đường^(3,11).

Về triệu chứng lâm sàng, thời gian khởi bệnh không khác nhau giữa hai nhóm. Tuy nhiên, có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê về tần suất các triệu chứng ăn kém, sụt cân và ho ra máu. Theo y văn, tỉ lệ ho ra máu ở bệnh nhân lao phổi chỉ khoảng 6%. Nhiều tác giả cũng ghi nhận ho ra máu là triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân lao phổi - ĐTĐ, theo Nguyễn Minh Hải là 21,8%, theo Zuber Ahmad là 28,6%⁽¹⁾.

Về tổn thương X-quang, chúng tôi ghi nhận được ba điểm khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu. Thứ nhất, tổn thương phân bố lan tỏa ở nhóm ĐTĐ nhiều hơn nhóm không ĐTĐ có ý nghĩa thống kê (66,2% so với 58,4%, $p = 0,01$, phép kiểm chi bình phương). Morris và cộng sự cũng ghi nhận tổn thương lan tỏa nhiều thùy là biểu hiện chủ yếu trên X-quang phổi của bệnh nhân lao phổi-ĐTĐ⁽¹⁰⁾. Như vậy, tuy thời gian khởi bệnh của hai nhóm gần như nhau, nhưng tổn thương trên X-quang ở nhóm có ĐTĐ lại lan tỏa nhiều hơn một cách có ý nghĩa thống kê. Thứ hai, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ có tổn thương thùy dưới là 65%, chỉ có tổn thương thùy dưới đơn thuần là 12,3%, các tỉ lệ này của nhóm không ĐTĐ lần lượt là 43,5% và 5,9%. Nhiều nghiên cứu đã ghi nhận đái tháo đường là yếu tố làm tăng tỉ lệ lao phổi thùy dưới, theo Pérez-Guzman là 19%, theo Shaikh là 23,5%^(1,5,9,12,14,15). Thứ ba, tổn thương dạng hang (một hang và đặc biệt là nhiều hang) ở nhóm ĐTĐ là 54,3%, nhiều hơn có

ý nghĩa thống kê so với nhóm không ĐTĐ là 25,7% ($p < 0,0001$, phép kiểm chi bình phương). Tổn thương dạng hang trong dân số lao phổi chung chỉ khoảng 10%. Các tác giả Pérez-Guzman, Shaikh và cộng sự cũng ghi nhận tổn thương hang chiếm tỉ lệ cao hơn ở bệnh nhân có ĐTĐ, đặc biệt là hang thùy dưới phổi^(12,14). Như vậy, tỉ lệ tổn thương lan tỏa nhiều thùy, tổn thương thùy dưới và tổn thương dạng hang tăng cao là điểm khác biệt về phương diện X-quang giữa hai nhóm bệnh nhân có và không có ĐTĐ.

Trong 154 bệnh nhân lao phổi-ĐTĐ, soi đàm tìm AFB dương tính ở 133 bệnh nhân (84,6%), và là 67,3% ở nhóm không ĐTĐ ($p < 0,0001$). Theo Singla, 65,2% bệnh nhân lao phổi-ĐTĐ tìm thấy AFB dày đặc trên mẫu đàm xét nghiệm (so với bệnh nhân không ĐTĐ là 54,1%, $p = 0,008$)⁽¹⁵⁾. Ông ghi nhận được đái tháo đường là một yếu tố nguy cơ độc lập đối với sự gia tăng số bệnh nhân có mật độ AFB cao trong mẫu đàm. Tỉ lệ AFB dương tính cao có thể là kết quả của tổn thương lan tỏa và tổn thương hang chiếm tỉ lệ cao ở bệnh nhân lao phổi mắc ĐTĐ. Do vậy, ở bệnh nhân ĐTĐ nghi ngờ lao phổi, tích cực xét nghiệm đàm tìm AFB có thể giúp chẩn đoán xác định lao phổi AFB dương tính.

Tình trạng kiểm soát đường huyết được khảo sát trên 100 bệnh nhân mắc ĐTĐ trước lao. Đường huyết đói và HbA1C trung bình của nhóm bệnh nhân này đều rất cao, cho thấy tình trạng kiểm soát đường huyết không tốt ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 trong nghiên cứu. Theo một nghiên cứu tiến hành trên 12 quốc gia châu Á, việc kiểm soát đường huyết của Việt Nam đạt tiêu chuẩn tốt chỉ có 5-10% và nước ta đứng đầu khu vực về biến chứng mạch máu nhỏ của đái tháo đường⁽¹⁶⁾. Theo tác giả Tạ Văn Bình điều tra tại TP. HCM, HbA1C trung bình của bệnh nhân ĐTĐ típ 2 là 10,6%⁽¹⁶⁾.

Chúng tôi tiến hành khảo sát mối liên hệ giữa HbA1C và mức độ tổn thương lan tỏa, tổn thương thùy dưới và tổn thương dạng hang. Kết quả cho thấy không có sự tương quan giữa HbA1C và các dạng tổn thương này, điều này có

thể lý giải là do đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu đều không kiểm soát đường huyết tốt, HbA1C đều cao nên không tìm thấy sự khác biệt.

Qua phân tích hồi qui logistic giữa các yếu tố đái tháo đường, tuổi, giới, BMI, chúng tôi ghi nhận đái tháo đường là yếu tố nguy cơ độc lập của tổn thương thùy phổi. Theo Shaikh và Singla, đái tháo đường là yếu tố nguy cơ độc lập duy nhất có ý nghĩa thống kê đối với tổn thương thùy phổi sau khi tiến hành phân tích hồi qui logistic^(14,15). Trong tự, Pérez-Guzman cũng thực hiện hồi qui đa biến cho thấy bệnh lý đái tháo đường, tình trạng lớn tuổi, giảm tế bào lympho đều có thể gây ra lao phổi thùy phổi, trong đái tháo đường quan trọng gấp đôi so với tình trạng lớn tuổi và quan trọng gấp bốn lần so với giảm tế bào lympho⁽¹²⁾. Về tổn thương dạng hang, Pérez-Guzman và Shaikh cũng kết luận chỉ có đái tháo đường là yếu tố nguy cơ độc lập đối với tổn thương dạng hang trên Xquang sau khi thực hiện hồi qui đa biến có hiệu chỉnh tuổi, giới và dân tộc^(12,14). Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi, và một số nghiên cứu về lao phổi - ĐTĐ đều ghi nhận, đái tháo đường làm thay đổi hình ảnh X-quang của lao phổi, làm tăng tỉ lệ lao phổi thùy phổi và tổn thương dạng hang.

KẾT LUẬN

Đái tháo đường làm thay đổi những biểu hiện lâm sàng và Xquang của lao phổi. Về lâm sàng, sụt cân và ho ra máu là hai triệu chứng thường gặp hơn ở bệnh nhân lao phổi-ĐTĐ. Đa số bệnh nhân mắc đái tháo đường trong khoảng 2-5 năm mới xuất hiện lao phổi. Chưa tìm thấy sự khác biệt về tỉ lệ lao tái phát và lao kháng thuốc giữa hai nhóm. Lao phổi AFB trong thường gặp hơn ở nhóm ĐTĐ. Đa số bệnh nhân không kiểm soát đường huyết tốt. Về phông diện Xquang phổi, tổn thương lan tỏa, tổn thương thùy phổi và tổn thương dạng hang chiếm tỉ lệ cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê ở nhóm lao phổi - ĐTĐ. Qua phân tích hồi qui logistic, đái tháo đường là yếu tố nguy cơ độc

lập đối với tổn thương thùy phổi và tổn thương dạng hang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ahmad Z., Zaheer M.S. (2003), "Lower lung field tuberculosis - a clinical study", J.I.A.C.M, 4(2), pp. 116-20.
2. Banerjee S., Banerjee M. (2005), "Diabetes and tuberculosis interface", J. Indian Med Assoc, 103(6), pp. 318-322.
3. Bashar M., Alcabes P., Rom W.N., Condos R. (2001), "Increased incidence of multidrug-resistant tuberculosis in diabetic patients on the Bellevue chest service", 1987 to 1997, Chest, 120, pp. 1514-1519.
4. Bacakoglu F., Basoglu O.K., Cok G., Sayiner A(2001), "Pulmonary tuberculosis in patient with diabetes mellitus", Respiration, 68, pp. 595-600.
5. Deshmukh P.A., Shaw T. (1984), "Pulmonary tuberculosis and diabetes mellitus", Ind. J. Tub, 31, pp. 114-117.
6. Kant L. (2003), "Diabetes mellitus - tuberculosis: the brewing double trouble", Ind. J. Tub, 50(4), pp. 183-184.
7. Kim S.J., Hong Y.P., Lew W.J., Yang S.C., Lee E.G. (1995), "Incidence of pulmonary tuberculosis among diabetes", Tuber. Lung. Dis, 76, pp. 529-533.
8. Kirani S., Kumari V.S., Kumari R.L. (1998), "Co-existence of pulmonary tuberculosis and diabetes mellitus: some observations", Ind. J. Tub, 45, pp. 47-8.
9. Kobashi Y., Matsushima T. (2003), "Clinical analysis of recent lower lung field tuberculosis", J. Infect. Chemother, 9, pp. 272-275.
10. Morris J.T., Seaworth B.J., McAllister C.K. (1992), "Pulmonary tuberculosis in diabetics", Chest, 102(2), pp. 539-541.
11. Nissapatorn V., Kuppasamy I., Jamaiah I., Fong M.Y., Rohela M., Anuar A.K. (2005), "Tuberculosis in diabetic patients: a clinical perspective", Southeast Asian J. Trop Med Public Health, 36(4), pp. 213-220.
12. Perez-Guzman C., Torres-Cruz A., Villarreal-Velarde H., Salazar-Lezama M.A., Vargas M.H. (2001), "Atypical radiological images of pulmonary tuberculosis in 192 diabetic patients: a comparative study", Int. J. Tuberc. Lung Dis, 5(5), pp. 455-461.
13. Rathmann W., Gian G. (2004), "Global prevalence of diabetes, Estimates for the year 2000 and projections for 2030", Diabetes Care, 27(5), pp. 1047-1053.
14. Shaikh M.A., Singla R., Khan N.B., Sharif N.S., Saigh M.O. (2003), "Does diabetes alter the radiological presentation of pulmonary tuberculosis?", Saudi. Med. J, 24(3), pp. 278-281.
15. Singla R., Khan N., Al-Sharif N., Ai-Sayegh M.O., Shaikh M.A., Osman M.M. (2006), "Influence of diabetes on manifestations and treatment outcome of pulmonary TB patients", Int. J. Tuberc. Lung Dis, 10(1), pp. 74-79.
16. Tạ Văn Bình (2001), "Tình hình chăm sóc bệnh nhân đái tháo đường ở Việt Nam và một số quốc gia châu Á", Tạp Chí Y Học Thực Hành, số 11 (405), tr. 31-35.

