

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN CHẨN ĐOÁN LAO MÀNG NÃO TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỐI TRUNG ƯƠNG

**Thân Mạnh Hùng^{1,2}, Lê Văn Triệu¹,
Nguyễn Đình Hưởng¹, Nguyễn Trung Cấp¹**

Lao màng não là bệnh cảnh viêm màng não khá phổ biến tại Việt Nam, việc chẩn đoán gặp nhiều khó khăn, điều trị kéo dài và để lại nhiều di chứng.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân được chẩn đoán xác định lao màng não tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.

Phương pháp: Hồi cứu, mô tả các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và xác định căn nguyên gây bệnh bằng phương pháp vi sinh và sinh học phân tử.

Kết quả và kết luận: 62,2% bệnh nhân có kết quả vi sinh dương tính với lao, bệnh gặp ở nam giới chiếm 73,3%. Tuổi trung bình $51,2 \pm 19,6$ tuổi. Sốt gặp 100% bệnh nhân nhóm có bằng chứng vi sinh và 82,4% nhóm không có bằng chứng ($p = 0,048$). Hôn mê chiếm 31,1%, rối loạn đại tiểu tiện 51,1%. Nhóm không có bằng chứng vi sinh có tỷ lệ BC lympho (%) cao hơn có ý nghĩa thống kê (64,2% với 47,3%, $p = 0,048$), glucose cao hơn có ý nghĩa thống kê (3,43 với 2,18 mmol/L, $p = 0,014$), 14/45 (31,1%) bệnh nhân có tình trạng giãn não thất. 5/45 trường hợp tử vong, chiếm 11,1%. Tỷ lệ dương tính với lao màng não tương đối cao. Biến chứng giãn não thất hay gặp nhất.

Từ khóa: Lao màng não, giãn não thất.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, tính đến năm 2020, có 2 tỷ người nhiễm lao. Trong đó, 10% có biểu hiện của bệnh lao và hàng năm có 1,2 triệu người chết vì lao¹. Lao màng não (TBM) là một biểu hiện của bệnh lao ngoài phổi, xuất hiện ở 1% - 5% trong số khoảng 10 triệu ca lao trên toàn thế giới. Mọi lứa tuổi đều có thể bị bệnh, nhưng thường ở trẻ em, thanh niên và trung niên tỷ lệ mắc bệnh nhiều hơn. Hiện nay, người lớn xu hướng mắc bệnh cao. Tỷ lệ mắc lao màng não ở nước ta xấp xỉ 0,75/100.000 dân. Dù chỉ chiếm 5% tổng số các ca lao, nhưng lao màng não với thể lao ngoài phổi có tiên lượng nặng, tỉ lệ tử vong còn cao và thường để lại di chứng nặng nề: Nếu nhập viện

muộn (khi đã hôn mê sâu), tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân lao màng não lên đến 70 - 80%. Những người còn sống có thể gặp những biến chứng nặng như sống đời sống thực vật, động kinh, mù mắt, liệt dây thần kinh 3 hoặc 4, liệt nửa người hoặc 2 chi dưới, thiếu năng trí tuệ, thay đổi tính tình, béo phì, vô kinh ở nữ giới, đái tháo nhạt,... một số biến chứng dày dãn não thất dẫn đến tắc các kênh hấp thu dịch não tủy, hậu quả giãn não thất, tăng áp lực nội sọ nhiều cần phải dẫn lưu não thất ra ngoài hoặc dẫn lưu não thất ổ bụng, bệnh tái đi tái lại do nguy cơ tắc sonde dẫn lưu rất lớn. Tại Việt Nam, việc điều trị lao màng não thường do kinh nghiệm, ít trường hợp có bằng chứng vi sinh rõ ràng.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Là những bệnh nhân được chẩn đoán xác định lao màng não và được điều trị bằng các thuốc kháng lao:

- Tuổi > 16, không phân biệt giới tính.
- Được chẩn đoán lao màng não với mã ICD (A17.0).

⁽¹⁾ Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới trung ương

⁽²⁾ Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc Gia Hà Nội

Ngày nhận bài: 25/4/2025

Ngày phản biện xong: 24/5/2025

Ngày duyệt đăng: 15/6/2025

Người chịu trách nhiệm nội dung khoa học: Thân Mạnh Hùng, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

Điện thoại 0912051982. Email: hungkykhoa@gmail.com



- Được chỉ định sử dụng thuốc lao trong hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ: Loại ra khỏi nghiên cứu những bệnh nhân có đồng nhiễm HIV.

Phương pháp nghiên cứu

- Cỡ mẫu: Chọn mẫu toàn bộ, tất cả bệnh nhân trong giai đoạn nghiên cứu đều được cho vào nghiên cứu.

- Thời gian: Từ tháng 3/2022 đến tháng 12/2023.

- Phương pháp: Hồi cứu mô tả.

- Công cụ nghiên cứu: Thu thập số liệu dựa trên mẫu bệnh án nghiên cứu thiết kế sẵn

Nội dung và các chỉ số nghiên cứu

Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Bệnh nhân được tính tỷ lệ %, giá trị trung bình (nếu biến phân bố chuẩn), giá trị trung vị (nếu mẫu phân bố không chuẩn) tìm hiểu các đặc điểm về dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân. So sánh tỷ lệ chẩn đoán lao màng não có bằng chứng vi sinh và không có bằng chứng vi sinh.

- Các xét nghiệm tìm căn nguyên (1) *Nhuộm soi trực tiếp Ziehl-Neelsen*: Phát hiện được các trực

khuẩn mảnh, phát quang trên nền tối khi soi huỳnh quang. (2) *Phương pháp nuôi cấy*: Có thể nuôi cấy trên môi trường đặc hoặc môi trường lỏng MGIT. Đây là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định bệnh. (3) *Kỹ thuật PCR (Polymerase chain reaction)*: Dựa trên sự nhân lên các đoạn acid nucleic đặc hiệu với M. Tuberculosis có trong bệnh phẩm bằng cách sử dụng các đoạn mồi oligonucleotit đặc hiệu.

Phân tích kết quả điều trị

Chúng tôi chia bệnh nhân làm 2 nhóm: (1) nhóm 1: Bệnh nhân được chẩn đoán lao màng não dựa vào đặc điểm lâm sàng nhưng không có bằng chứng vi sinh. (2) nhóm 2: Bệnh nhân được chẩn đoán lao màng não bằng lâm sàng và có kết quả vi sinh dương tính với lao (nuôi cấy và/hoặc PCR dương tính với lao). Chúng tôi sẽ tiến hành so sánh giữa hai nhóm nghiên cứu về các chỉ số: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân, các thuốc điều trị, các thuốc chống lao cho bệnh nhân. Chúng tôi sẽ đánh giá, so sánh các di chứng bệnh nhân lao màng não gặp phải trong quá trình điều trị, thời gian xuất hiện, mức độ tái phát các biến chứng đó

Phân tích và xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 22.0 và các thuật toán ứng dụng.

KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu có 45 bệnh nhân được chẩn đoán lao màng não, trong đó có 28 bệnh nhân có kết quả vi sinh dương tính với lao, chiếm tỷ lệ 62,2%. Bệnh gặp chủ yếu ở nam giới với 33/45 chiếm 73,3%. Tuổi TB $51,2 \pm 19,6$ tuổi. Nhóm tuổi bị bệnh > 30 tuổi chiếm 80%.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng		Nhóm có bằng chứng vi sinh (n = 28)		Nhóm không có bằng chứng vi sinh (n = 17)		p
		n	%	n	%	
Sốt*	Có	28	100	14	82,4	0,048
	Không	0	0	3	17,6	
Gầy sút cân*	Có	2	4,4	0	0	0,519
	Không	26	95,6	17	100	
Đau đầu*	Có	24	85,7	17	100	0,153
	Không	4	14,3	0	0	
Hôn mê*	Có	9	32,1	5	29,4	0,848
	Không	19	67,9	12	70,6	
Rối loạn đại tiểu tiện	Có	15	51,1	8	47,1	0,763
	Không	13	46,4	9	52,9	

Triệu chứng		Nhóm có bằng chứng vi sinh (n = 28)		Nhóm không có bằng chứng vi sinh (n = 17)		p
		n	%	n	%	
Nôn	Có	13	46,4	6	35,3	0,543
	Không	15	53,6	11	64,7	
Ho khan*	Có	3	10,7	0	0	0,279
	Không	25	89,3	17	100	

* Kết quả được phân tích bởi Fisher's exact test.

Nhận xét: Sốt gặp 100% bệnh nhân nhóm có bằng chứng vi sinh và 82,4% nhóm không có bằng chứng (p = 0,048). Triệu chứng gây sút cân ít gặp hơn và không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm. Hôn mê (32,1%) và rối loạn đại tiểu tiện (51,1%) gặp nhiều hơn ở nhóm có bằng chứng vi sinh, nhưng sự khác biệt cũng không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Chỉ số	Nhóm có bằng chứng vi sinh (n = 28)	Nhóm không có bằng chứng vi sinh (n = 17)	p
BC# (G/L)	10,9 (8,5 - 13,7)	10,3 (9,0 - 14,4)	0,208
BC trung tính (%)	84,5 ± 6,5	79,0 ± 13,0	0,009
BC lympho (%)	6,1 ± 4,4	10,9 ± 8,6	0,020
Hồng cầu (T/L)	4,5 ± 0,5	4,2 ± 0,7	0,046
Glucose (mmo/L)	8,3 ± 2,8	9,3 ± 5,7	0,598
Ure (mmo/L)	4,61 ± 1,72	7,50 ± 3,78	0,001
Creatinin (μmol/L)	55,2 ± 14,6	111,6 ± 43,2	0,003
Albumin (g/L)	34,0 ± 5,2	28,4 ± 5,1	0,003
Natri (mmol/L)	129,6 ± 6,5	133,1 ± 4,4	0,049
PT (%)	89,7 ± 16,6	81,5 ± 16,3	0,134
PT (s)	12,6 ± 1,5	13,7 ± 1,9	0,039

*Kết quả được trình bày Median, IQR..

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân không có bằng chứng vi sinh có tỷ lệ BC trung tính (%) và giá trị hồng cầu thấp hơn so với nhóm có bằng chứng vi sinh (79,0% và 84,5%, p = 0,009). Trong khi đó, tỷ lệ BC lympho cao hơn có ý nghĩa thống kê được ghi nhận ở nhóm không có bằng chứng vi sinh (10,9% so với 6,1%, p = 0,020). Giá trị trung bình của natri cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm không có bằng chứng vi sinh (p < 0,05).

Bảng 3. Một số đặc điểm xét nghiệm dịch não tủy

Chỉ số		Nhóm có bằng chứng vi sinh (n = 28)	Nhóm không có bằng chứng vi sinh (n = 17)	p
Màu	Không màu	22 (78,6)	12 (70,5)	0,550
	Ảnh vàng	6 (21,4)	5 (29,5)	
Số lượng tế bào# (TB/ml)		270 (151 - 635)	180 (78 - 403)	0,623
BC trung tính (%)		50,4 ± 32,2	32,4 ± 29,4	0,026
BC lympho (%)		47,3 ± 32,2	64,2 ± 29,4	0,048



Chỉ số	Nhóm có bằng chứng vi sinh (n = 28)	Nhóm không có bằng chứng vi sinh (n = 17)	p
Glucose (mmo/L)	2,18 ± 1,20	3,43 ± 1,94	0,014
Protein# (g/L)	1,93 (1,27-3,58)	1,47 (1,10 - 2,73)	0,421

*Kết quả được trình bày Median, IQR..

Nhận xét: Nhóm không có bằng chứng vi sinh có tỷ lệ BC lympho (%) cao hơn có ý nghĩa thống kê (64,2% với 47,3%, p = 0,048) và glucose cao hơn có ý nghĩa thống kê (3,43 với 2,18 mmol/L, p = 0,014). Các chỉ số dịch não tủy khác như màu sắc, số lượng TC cũng như giá trị protein giữa hai nhóm không khác biệt có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Bảng 4. Kết quả điều trị

Đặc điểm		Nhóm có bằng chứng vi sinh (n = 28)	Nhóm không có bằng chứng vi sinh (n = 17)	p
Giãn não thất	Có	6	21,4	0,072
	Không	22	78,6	
Kết cục lâm sàng*	Tử vong	3	10,7	0,731
	Khỏi/chuyển tuyến	25	89,3	
Carbapenem*	Có	14	50,0	0,079
	Không	14	50,0	
Cephalosporin	Có	17	60,7	0,609
	Không	11	39,3	
Rifampicin*	Có	26	92,9	0,519
	Không	2	7,1	
Isoniazid*	Có	26	92,9	0,519
	Không	2	7,1	
Ethambutol	Có	7	25,0	0,128
	Không	21	75,0	
Pyrazinamid*	Có	26	92,9	0,519
	Không	2	7,1	
Streptomycin	Có	16	57,1	0,783
	Không	12	42,9	
Dexamethazon*	Có	27	96,4	0,999
	Không	1	3,6	

*Kết quả được phân tích bởi Fisher's exact test..

Nhận xét: 14/45 (31,1%) bệnh nhân có tình trạng giãn não thất. 5/45 trường hợp tử vong, chiếm 11,1%. 62,2% bệnh nhân được dùng kháng sinh carbapenem, 57,7% bệnh nhân được dùng Cephalosporin. Các thuốc chống lao (rifampicin, isoniazid, pyrazinamid, streptomycin) và dexamethason được sử dụng phổ biến và đồng đều giữa các nhóm.

KẾT QUẢ

Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu là 73,3%. Kết quả này phù hợp với hầu hết các nghiên cứu về bệnh

lao nói chung và TBM nói riêng, cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới thường cao hơn nữ giới. Nghiên cứu của Trần Thị Thu Thủy và cộng sự (2019) tại Bệnh viện Phổi Trung ương cũng ghi nhận 68,5% bệnh nhân lao màng não là nam giới². Tuổi trung

binh nhóm nghiên cứu là $51,2 \pm 19,6$ tuổi, kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu về TBM ở người lớn tại Việt Nam, như Nguyễn Kim Thắng và cộng sự (2018) ghi nhận tuổi trung bình là $45,3 \pm 17,2$ tuổi³. Trên thế giới, TBM có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng ở các nước có dịch tễ lao cao, người trưởng thành và người lớn tuổi thường có nguy cơ cao hơn⁴.

Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Sốt là triệu chứng toàn thân phổ biến nhất, ghi nhận ở 100% bệnh nhân nhóm có bằng chứng vi sinh và 82,4% nhóm không có bằng chứng, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,048$). Sự khác biệt về tỷ lệ sốt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,048$) cho thấy sốt có thể là một dấu hiệu khởi phát rõ ràng hơn ở những bệnh nhân có bằng chứng vi sinh dương tính. Các triệu chứng gây sút cân cũng phù hợp với bệnh lao, nhưng không có giá trị phân biệt giữa các nhóm⁵. Đau đầu xuất hiện ở gần như tất cả bệnh nhân, 100% ở nhóm không có bằng chứng vi sinh và 85,7% ở nhóm có bằng chứng vi sinh, nhưng không có khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,153$). Tỷ lệ hôn mê (32,1%) và rối loạn đại tiểu tiện (51,1%) gặp nhiều hơn ở nhóm có bằng chứng vi sinh, nhưng sự khác biệt cũng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Đau đầu là triệu chứng phổ biến nhất trong TBM do viêm màng não và tăng áp lực nội sọ⁵. Tỷ lệ hôn mê và rối loạn đại tiểu tiện phản ánh mức độ nặng của tổn thương thần kinh trung ương. Mặc dù tỷ lệ hôn mê có xu hướng cao hơn ở nhóm có bằng chứng vi sinh, nhưng sự không có ý nghĩa thống kê có thể do cỡ mẫu nhỏ. Sự hiện diện của các triệu chứng thần kinh như đau đầu, hôn mê, rối loạn đại tiểu tiện là những dấu hiệu cảnh báo cần được chẩn đoán và điều trị TBM kịp thời. Việc không có sự khác biệt rõ rệt giữa hai nhóm về các triệu chứng này cho thấy mức độ nặng của bệnh không phải lúc nào cũng tương quan trực tiếp với khả năng tìm thấy bằng chứng vi sinh. Các triệu chứng tiêu hóa như buồn nôn và nôn phổ biến ở bệnh nhân TBM, nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm. Cụ thể, nôn gặp ở 46,4% nhóm có bằng chứng vi sinh

và 35,3% nhóm không có bằng chứng vi sinh ($p = 0,543$). Tương tự, buồn nôn gặp nhiều hơn ở nhóm có bằng chứng vi sinh (64,3%) so với nhóm không có bằng chứng vi sinh (41,2%), nhưng $p = 0,130$ không có ý nghĩa thống kê

Một số đặc điểm cận lâm sàng

Nhóm không có bằng chứng vi sinh có tỷ lệ bạch cầu trung tính (%) thấp hơn (79,0% so với 84,5%, $p = 0,009$) và giá trị hồng cầu thấp hơn (4,2 T/L so với 4,5 T/L, $p = 0,046$) so với nhóm có bằng chứng vi sinh. Ngược lại, tỷ lệ bạch cầu lympho cao hơn có ý nghĩa thống kê được ghi nhận ở nhóm không có bằng chứng vi sinh (10,9% so với 6,1%, $p = 0,020$). Kết quả này khá thú vị. Thông thường, nhiễm trùng cấp tính (khi vi khuẩn dễ phân lập) có thể gây tăng bạch cầu trung tính. Tuy nhiên, trong TBM, đôi khi có thể thấy phản ứng lympho bào tăng lên, đặc biệt trong các giai đoạn mạn tính hoặc khi có sự giảm đáp ứng miễn dịch⁶. Việc nhóm không có bằng chứng vi sinh có ưu thế lympho và giảm bạch cầu trung tính có thể phù hợp với thể bệnh tiến triển chậm hoặc đã có phản ứng viêm mạn tính hơn, làm cho việc phân lập vi khuẩn khó khăn hơn. Hồng cầu thấp hơn ở nhóm này cũng có thể gợi ý tình trạng suy kiệt hoặc bệnh lý nền. Mặc dù không đặc hiệu, các thay đổi trong công thức máu (đặc biệt là tỷ lệ bạch cầu trung tính và lympho) có thể cung cấp thêm gợi ý về tình trạng viêm và đáp ứng miễn dịch của cơ thể, đặc biệt khi không có bằng chứng vi sinh rõ ràng.

Ure và creatinin cao hơn rõ rệt ở nhóm không có bằng chứng vi sinh ($p < 0,01$). Cụ thể, ure trung bình là 7,50 mmol/L so với 4,61 mmol/L ($p = 0,001$), và creatinin trung bình là 111,6 μ mol/L so với 55,2 μ mol/L. Albumin thấp hơn đáng kể ở nhóm không có bằng chứng vi sinh (28,4 g/L so với 34,0 g/L, $p = 0,003$). Albumin thấp (hạ albumin máu) là một chỉ dấu của tình trạng suy dinh dưỡng, viêm mạn tính, hoặc suy gan, và thường gặp ở bệnh nhân lao nặng⁷. Sự gia tăng natri ở nhóm không có bằng chứng vi sinh là một phát hiện hơi bất thường, vì hội chứng tiết hormon kháng lợi niệu không thích hợp (SIADH) gây hạ natri máu là biến chứng phổ biến ở TBM nặng. Các chỉ số sinh hóa máu, đặc biệt là



chức năng thận và albumin, có thể phản ánh mức độ suy kiệt và tình trạng bệnh lý của bệnh nhân TBM, đặc biệt ở những trường hợp khó chẩn đoán vi sinh. Việc theo dõi chặt chẽ các chỉ số này là cần thiết để đánh giá tình trạng bệnh và điều chỉnh điều trị phù hợp. PT (s) kéo dài hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm không có bằng chứng vi sinh (13,7s so với 12,6s, $p = 0,039$).

Trong xét nghiệm dịch não tủy (DNT), nhóm không có bằng chứng vi sinh có tỷ lệ bạch cầu lympho (%) cao hơn có ý nghĩa thống kê (64,2% so với 47,3%, $p = 0,048$). Glucose DNT cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm không có bằng chứng vi sinh (3,43 mmol/L so với 2,18 mmol/L, $p = 0,014$). Ngược lại, bạch cầu trung tính DNT ở nhóm này (32,4%) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có bằng chứng vi sinh (50,4%, $p = 0,026$). Các chỉ số khác như màu sắc DNT, số lượng tế bào và protein DNT không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Đặc điểm kinh điển của DNT trong TBM là tăng bạch cầu lympho, giảm glucose và tăng protein⁸. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của bạn, nhóm không có bằng chứng vi sinh lại có glucose DNT cao hơn và bạch cầu trung tính thấp hơn, nhưng ưu thế lympho bào lại rõ rệt hơn. Điều này có thể phù hợp với thể lao màng não không điển hình hoặc giai đoạn muộn của bệnh.

Kết quả điều trị

Có 14/45 (31,1%) bệnh nhân trong nghiên cứu có giãn não thất. Tỷ lệ giãn não thất cao hơn ở nhóm không có bằng chứng vi sinh (47,1% so với 21,4%), mặc dù sự khác biệt này gần đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,072$). Về kết cục lâm sàng, có 5 trường hợp tử vong hoặc nặng xin về, chiếm 11,1% tổng số bệnh nhân. Tỷ lệ giãn não thất 31,1% là khá cao và phản ánh mức độ nặng của TBM. Giãn não thất là một biến chứng phổ biến và nghiêm trọng của TBM, thường do tắc nghẽn dịch não tủy bởi dịch viêm hoặc màng dính⁹. Tỷ lệ tử vong 11,1% trong nghiên cứu của bạn nằm trong khoảng dao động của các nghiên cứu về TBM trên thế giới, thường từ 15 - 20% hoặc cao hơn tùy thuộc vào các yếu tố như tình trạng HIV đồng nhiễm và nguồn lực y tế¹⁰.

Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị bằng kháng sinh carbapenem và cephalosporin khá cao trong nghiên cứu (62,2% và 57,7%). Các thuốc chống lao kinh điển (rifampicin, isoniazid, pyrazinamid, streptomycin) và dexamethason được sử dụng phổ biến và đồng đều giữa các nhóm. Ethambutol được ghi nhận sử dụng điều trị nhiều hơn ở nhóm không có bằng chứng vi sinh (47,1% so với 25%). Tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về việc sử dụng các thuốc điều trị giữa hai nhóm đối tượng ($p > 0,05$). Việc sử dụng kháng sinh phổ rộng như carbapenem, cephalosporin thế hệ 3/4 là hợp lý trong giai đoạn ban đầu khi chưa có chẩn đoán xác định lao màng não, hoặc khi có nghi ngờ đồng nhiễm các vi khuẩn khác. Việc sử dụng dexamethason là một khuyến cáo quan trọng trong điều trị TBM nhằm giảm phản ứng viêm và di chứng thần kinh¹¹. Sự đồng đều trong việc sử dụng thuốc chống lao kinh điển giữa hai nhóm là tích cực, cho thấy phác đồ điều trị lao được tuân thủ bất kể có bằng chứng vi sinh hay không. Kết quả này cho thấy thực hành lâm sàng tại bệnh viện có sự linh hoạt trong việc lựa chọn kháng sinh ban đầu dựa trên mức độ nặng và khả năng nghi ngờ các nhiễm trùng khác, trong khi vẫn đảm bảo phác đồ chống lao chuẩn. Việc không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về việc sử dụng thuốc giữa hai nhóm khẳng định tính nhất quán trong điều trị lao màng não trên lâm sàng.

KẾT LUẬN

- Có 28/45 bệnh nhân có kết quả vi sinh dương tính với lao, chiếm tỷ lệ 62,2%. Nam giới với chiếm 73,3%. Tuổi trung bình $51,2 \pm 19,6$ tuổi, nhóm tuổi bị bệnh > 30 tuổi chiếm 80%

- Sốt gặp 100% bệnh nhân nhóm có bằng chứng vi sinh và 82,4% nhóm không có bằng chứng ($p = 0,048$). Hôn mê chiếm 31,1%, rối loạn đại tiểu tiện 51,1%.

- Nhóm không có bằng chứng vi sinh có tỷ lệ BC lympho (%) cao hơn có ý nghĩa thống kê (64,2% với 47,3%, $p = 0,048$), glucose cao hơn có ý nghĩa thống kê (3,43 với 2,18 mmol/L, $p = 0,014$)

- 14/45 (31,1%) bệnh nhân có tình trạng giãn não thất. 5/45 trường hợp tử vong, chiếm 11,1%. 62,2% bệnh nhân được dùng kháng sinh carbapenem, 57,7% bệnh nhân được dùng cephalosporin. Các thuốc chống lao (rifampicin, isoniazid, pyrazinamid, streptomycin) và dexamethason được sử dụng phổ biến và đồng đều giữa các nhóm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization Global tuberculosis report 2020, 15 October 2020. Available at <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>.
2. Trần Thị Thu Thủy, N.V.N., Nguyễn Kim Thắng. *Đặc điểm dịch tễ học và lâm sàng bệnh lao màng não tại Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2017 - 2018. Tạp chí Y học thực hành.* 2019;1129(1):12-16.
3. Nguyễn Kim Thắng, L.V.H., Nguyễn Thị Dung. *Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân lao màng não tại Bệnh viện Phổi Trung ương. Tạp chí Y học dự phòng.* 2018;28(1):123-130.
4. Marx GE, C.E., Christensen EE, et al., *Tuberculous meningitis: presentation and analysis of 100 cases. Medicine (Baltimore).* 2002;81(4):307-317.
5. Marais S, T.G., Schoeman JF, et al., *Tuberculous meningitis: a review of current knowledge and future directions. Clin Infect Dis.* 2016;62(9):1170-1176.
6. T., H., *Tuberculous meningitis: a diagnostic and therapeutic challenge. J Intensive Care Med.* 2016;31(9):611-621.
7. Sharma SK, M.A., *Extrapulmonary tuberculosis. Indian J Med Res.* 2004;120(4):316-353.
8. Leonard JM, D.P.R.T., *uberculous meningitis. Infect Dis Clin North Am.* 1990;4(1):97-111.
9. Kumar R, G.R., Singh S, et al., *Hydrocephalus in tuberculous meningitis: a clinico-radiological study. Neurol India.* 2004;52(1):37-42.
10. Tran CS, T.G., Phu NH., *Global burden of tuberculous meningitis: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis.* 2021;21(2):296-306.
11. Prasad K, S.M., Ryan H., *Corticosteroids for tuberculous meningitis. Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(4):CD002244.

CLINICAL MANIFESTATIONS, LABORATORY AND TREATMENT OF PATIENTS DIAGNOSED WITH TUBERCULOUS MENINGITIS AT THE NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES

Tuberculous meningitis (TBM) is a relatively common form of meningitis in Vietnam, posing significant diagnostic challenges, requiring prolonged treatment, and often leading to severe sequelae.

Objectives: To describe the clinical characteristics and treatment outcomes of patients diagnosed with TBM at the National Hospital for Tropical Diseases.

Methods: A retrospective, descriptive study was conducted to analyze clinical symptoms, paraclinical findings, and pathogen identification using microbiological and molecular biological methods.

Results and conclusions: Among the study participants, 62.2% had positive microbiological results for *Mycobacterium tuberculosis*. The disease predominantly affected males (73.3%). The mean age was



51.2 ± 19.6 years. Fever was present in 100% of patients with microbiological evidence and 82.4% of those without ($p = 0.048$). Coma occurred in 31.1% of patients, and bladder/bowel dysfunction in 51.1%. The group without microbiological evidence exhibited a significantly higher percentage of lymphocytes in cerebrospinal fluid (CSF) (64.2% vs. 47.3%, $p = 0.048$) and significantly higher CSF glucose levels (3.43 vs. 2.18 mmol/L, $p = 0.014$). Hydrocephalus was observed in 14/45 (31.1%) patients. Five out of 45 cases (11.1%) resulted in mortality. The rate of positive microbiological identification for TBM is relatively high. Hydrocephalus is the most common complication.

Key words: Tuberculous meningitis, hydrocephalus.