

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, MỘT SỐ CHỈ TIÊU MIỄN DỊCH Ở BỆNH NHÂN LAO PHỔI MỚI

NGUYỄN HUY LỤC và CS

TÓM TẮT

So sánh đặc điểm lâm sàng, một số chỉ tiêu miễn dịch ở bệnh nhân lao phổi AFB(+) so với bệnh nhân lao phổi AFB (-). Chúng tôi thu được kết quả bước đầu: số lượng tuyệt đối trung bình tế bào CD3, CD4, CD8 giảm mạnh ở nhóm lao phổi AFB(+) so với nhóm lao phổi AFB(-), nhưng sự khác biệt về tỷ lệ CD4/CD8, CD4/CD3, CD8/CD3 giữa 2 nhóm không có ý nghĩa.

* Từ khóa: lao phổi, xét nghiệm miễn dịch.

SUMMARY

STUDY OF CLINICAL CHARACTERISTICS AND IMMUNE ASSAY IN PATIENTS WITH TUBERCULOSIS

The comparison on clinical characteristics and immuno assay of patients with tuberculosis with AFB(+) to the patients with tuberculosis with AFB(-). We had initial results: Median absolute numbers of CD3, CD4, CD8 was decreased in patients tuberculosis with AFB(+) compared to the patients tuberculosis with AFB(-). However, there was no significant difference in CD4/CD3, CD8/CD3 and CD4/CD8 ratios between two the groups.

* Key words: Tuberculosis, immune assay.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao phổi đang là một gánh nặng toàn cầu. Hiện nay trên thế giới có khoảng 2,2 tỷ người đã nhiễm lao (chiếm 1/3 dân số thế giới) [2, 4] Trong năm 2003 ước tính có thêm khoảng 9 triệu người mắc lao phổi mới và 2 triệu người chết do lao. Bệnh lao đang đứng vào hàng thứ 5 về nguyên nhân tử vong sau các bệnh tim mạch, nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính, bệnh ung thư, ã chày... Khoảng 95% số bệnh nhân lao và 98% số người chết do lao là ở các nước có thu nhập thấp, có tới 75% số bệnh nhân lao ở độ tuổi lao động [2,5,]. ở Việt Nam năm 2004 đứng thứ 13 trong số 22 có gánh nặng lao cao trên thế giới. Việc phát hiện chẩn đoán và điều trị sớm, triệt để bệnh lao đang đặt ra thách thức cho cả thế giới, đặc biệt ở những nước nghèo và đang phát triển. Lao phổi AFB(+) có khả năng lây lan mạnh, điều trị có phần khó khăn hơn lao phổi AFB(-). Việc tìm hiểu đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm miễn dịch của lao phổi là hết sức cần thiết. một số tác giả cho rằng lao phổi AFB(+) thường mắc ở những người suy dinh dưỡng, suy giảm miễn dịch hoặc do mắc phải vi khuẩn lao có độc lực mạnh, cơ thể không đủ khả năng tiêu diệt vi khuẩn. trong lâm sàng tiên lượng những bệnh nhân lao phổi AFB(+) cũng nặng hơn.[7] Chúng tôi nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu:

So sánh đặc điểm lâm sàng và một số chỉ tiêu miễn dịch ở lao phổi AFB(+) với lao phổi AFB(-).

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu ở 71 BN gồm 40 bệnh nhân lao phổi AFB(-) và 31 bệnh nhân lao phổi AFB(+)

31 bệnh nhân lao phổi AFB (+) gồm 23 nam và 8 nữ, tuổi trung bình 58,01 ± 10), 40 bệnh nhân lao phổi AFB (-) gồm 28 nam, 12 nữ, tuổi trung bình 61 ± 8, Các BN điều trị tại khoa A3 Bệnh viện 103 từ 2007 - 2009

Các bệnh nhân được làm xét nghiệm tế bào CD3, CD4, CD8.

2. Phương pháp nghiên cứu

* Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán lao phổi AFB (+) theo tiêu chuẩn của chương trình chống lao quốc gia. Lao phổi AFB âm tính theo TCYTTC: Xét nghiệm đờm 3 lần âm tính, nuôi cấy dương tính.

- Các bệnh nhân được khám lâm sàng, chụp Xquang phổi, làm các xét nghiệm đờm tìm AFB. Sau khi có xét nghiệm AFB tiến hành phân nhóm lao phổi theo 2 nhóm nghiên cứu.

- Tiến hành thu thập số liệu lâm sàng và xét nghiệm miễn dịch theo 2 nhóm lao phổi AFB(+) và lao phổi AFB(-).

- Xét nghiệm số lượng tuyệt đối các lympho bào CD3, CD4, CD8 và tỷ lệ của chúng trên máy FACS Count tại trung tâm công nghệ cao Học Viện Quân Y.

So sánh so sánh đặc điểm lâm sàng, số lượng tuyệt đối tế bào CD3, CD4, CD8 và tỷ lệ của chúng giữa 2 nhóm lao phổi AFB(+) và AFB(-).

* Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

* Kết quả lâm sàng

Bảng 1: Phân bố tuổi và giới chung của 2 nhóm Lao phổi

Giới \ Tuổi	Nam (n = 51)		Nữ (n = 20)		Tổng (n = 71)	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
<20	2	3,92	2	10,0	4	5,64
21-30	5	9,80	3	15,0	8	11,28
31-40	16	31,36	3	15,0	19	26,79
41-50	18	35,28	5	25,0	23	32,43
51-60	8	15,68	6	30,0	14	19,74
>60	2	3,92	1	5,0	3	4,23
Tổng	51	100,0	20	100,0	71	100,0

Lứa tuổi mắc bệnh cao nhất từ 31-50, tuổi có tỷ lệ mắc bệnh thấp nhất là <20 tuổi và >60 tuổi..

Theo Hussein S.F(2006) lao phổi có thể gặp ở mọi lứa tuổi, tuy nhiên lứa tuổi lao động thường chiếm cao hơn chút ít so với các lứa tuổi khác[5].

Kết quả của chúng tôi bước đầu cho thấy khá phù hợp với tác giả.

Bảng 2: Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng lâm sàng	Lao phổi AFB(+) (n= 31)		Lao phổi AFB(-) (n = 40)		p
	n	%	n	%	
Sốt	26	83,87	29	72,5	> 0,05
Ho kéo dài	28	90,32	27	67,5	> 0,05
Khạc đờm	15	48,39	21	52,5	> 0,05
Ho máu	8	25,8	6	15,0	> 0,05
Đau tức ngực	23	74,19	27	67,5	> 0,05
Khó thở	18	58,06	17	42,5	> 0,05

Trong các triệu chứng cơ năng, triệu chứng ho có đờm, ho ra máu và sốt gặp ở cả hai nhóm là tương đương nhau, tuy nhiên ở nhóm lao phổi AFB(+), kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với một số tác giả cho rằng trong lao phổi AFB (+) tính các triệu chứng gặp phong phú hơn lao phổi AFB (-)[2,5]

Bảng 3: Triệu chứng thực thể

Triệu chứng lâm sàng	Lao phổi AFB(+) (n = 31)		Lao phổi AFB (-) (40)		p
	n	%	n	%	
Ran nổ đỉnh dưới đòn	11	35,48	12	30,0	> 0,5
Hội chứng TDMP	3	9,67	5	12,5	>0,5
Hội chứng hang	4	12,9	1	2,5	< 0,5

Theo một số tác giả ran nổ ở đỉnh dưới đòn khi nghe thấy là triệu chứng rất có giá trị trong định hướng chẩn đoán lao phổi, hội chứng hang khi phát hiện trên lâm sàng cũng là triệu chứng chỉ điểm trong chẩn đoán lao phổi.[2, 5].

Theo LowyJ.(1999)[7] khi nghiên cứu các biểu hiện lâm sàng của lao phổi, tác giả nhận thấy rằng ở lao phổi AFB (+) thường có các triệu chứng phong phú hơn lao phổi AFB(-), chẳng hạn như ran nổ gặp nhiều hơn, các hội chứng đông đặc rải rác, hội chứng hang gặp nhiều hơn.

Kết quả của chúng tôi phù hợp với nhận xét của tác giả

* Kết quả miễn dịch

Bảng 4. Số lượng trung bình và tỷ lệ CD3, CD4, CD8 ở 2 nhóm lao phổi.

Giá trị	Lao phổi AFB(+) (n=31)	Lao phổi AFB(-) (n= 40)	P
CD3	1.176±240	1.578±288	<0.01
CD4	600±154	811±199	<0.01
CD8	524±146	628±148	<0.01
CD4/CD8	1.14±0.44	1.36±0.47	>0.05
CD4/CD3	0.50±0.05	0.51±0.07	>0.05
CD8/CD3	0.44±0.08	0.40±0.07	>0.05

Ở nhóm lao phổi AFB(-): Số lượng tuyệt đối trung bình tế bào CD3: 1.578 ± 288/mm3;

CD4: 811±199/mm3; CD8: 628±148/mm3; tỷ lệ CD4/CD8: 1.36±0.47, CD4/CD3: 0.51 ± 0.07, CD8/CD3: 0.40±0.07.

Số lượng tuyệt đối trung bình tế bào CD3, CD4, CD8 ở nhóm bệnh nhân lao phổi AFB(+) giảm nhiều so với

nhóm lao phổi AFB(-) (p<0.001). Tuy nhiên, sự khác biệt về tỷ lệ CD4/CD8, CD4/CD3, CD8/CD3 giữa 2 nhóm không có ý nghĩa (p>0.05).

Theo Radosavljevic T. và Condos R. (1998) [9], đáp ứng miễn dịch đối với lao chủ yếu là miễn dịch tế bào. Nghiên cứu trên các bệnh nhân lao phổi đờm AFB (+) tác giả thấy: miễn dịch tế bào bị ức chế, số lượng tế bào lympho T giảm trong máu ngoại vi. Wiswanath R. (1998) [10] nghiên cứu ý nghĩa và mối liên quan của lympho dưới nhóm thấy: số lượng tế bào CD3, CD4, CD4/CD3 ở bệnh nhân lao AFB(+) giảm có ý nghĩa so với nhóm nhóm lao phổi AFB(-) . Nguyễn Lam (2002) [1] nghiên cứu trong lao phổi có hàng số lượng tuyệt đối trung bình tế bào CD3, CD4 giảm có ý nghĩa so với người bình thường (CD3: 1.413±387/mm3, CD4: 577±214/mm3), CD8 không có sự khác biệt (726±239/mm3), do đó tỷ lệ CD4/CD8 (0.85±0.34) giảm.

Radosavljevic T. (1998) [9] nghiên cứu 60 BN lao phổi AFB (+) nhận thấy số lượng CD3 (777±532/mm3), CD4(662±392/mm3), CD8(451±392/mm3) đều giảm so với người khỏe, nhưng tỷ số thay đổi không có ý nghĩa. Khi nghiên cứu ở các thể lao phổi nặng, Mansoori D.(1999) [8] thấy số lượng tế bào CD4 và CD8 giảm nhiều. Tỷ lệ CD4/CD8 rất thấp và có biểu hiện lâm sàng giống như AIDS (nhưng HIV âm tính). Các tác giả đề nghị BN lao nặng cần làm số lượng CD4 và CD8 để theo dõi điều trị. BN có số lượng CD4<200/mm3 tiên lượng rất xấu, cần được điều trị chống lao tích cực đều đặn ngay trong những tuần đầu.

Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy BN lao phổi giảm cả tế bào CD4 và CD8 (tuy CD4 giảm mạnh hơn), do đó tỷ lệ CD4/CD8 không thay đổi so với nhóm chứng. Điều này khác với nhận xét của một số tác giả khác cho rằng trong lao phổi tỷ lệ CD4/CD8 giảm mạnh so với người bình thường [1,8].

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu so sánh biến đổi tế bào miễn dịch ở 31 BN lao phổi AFB (+) với 40 BN lao phổi AFB(-) cho thấy:

Số lượng tuyệt đối trung bình tế bào CD3, CD4, CD8 giảm mạnh ở nhóm lao phổi AFB(+) so với nhóm lao phổi AFB(-), nhưng sự khác biệt về tỷ lệ CD4/CD8, CD4/CD3, CD8/CD3 giữa 2 nhóm không có ý nghĩa

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Lam.(2002) " Đặc điểm lâm sàng, Xquang và một số xét nghiệm cận lâm sàng ở lao phổi có hang mới và lao xơ hang. Luận án tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y,
- Bùi Xuân Tám (1998), " Bệnh lao hiện nay" NXB y học, Hà Nội,
- Barnes PJ, Q Vankayalapati R.(2005), "Th1 and Th 2 cytolines in the human immune response to tuberculosis ", tuberculosis and the tubercle bacillus, ASM press, Washington DC, p 489 – 491.
- Alisjahbana B., Sahiratmadja E., Nelwan E.J et al (2007). " The effect of type 2 diabetes mellitus on the presentation and treatment response of pulmonary tuberculosis". Clin Infect Dis., 15, 45 (4), pp.428-435.
- Jabbar, Hussein S.F., Khan A.A(2006), " Clinical characteristics of pulmonary tuberculosis in adult Pakistani patients with co-existing diabetes mellitus". Eastern mediterranean health journal.2006, 12(5), pp.522-527.

6. Schluger N.W., Rom W.N (1998), "The Host immune response to tuberculosis " Am.J Respir.crit care Med 157 (3) 679-691
7. LowyJ.(1999), " Endocrinean dmetabolic manifestations tuberculosis."
8. Mansoori D., Johari D., Sarparst A. (1999). " Severe CD4+T- lymphocytopenia due to disseminated tuberculosis mimicking AIDS". Abstract book. 30th IUATLD world conference on lung health. Madrid, Spain, Sep, p.200
9. Radosavljevic T., Vucinic V., Videnovic J. et al(1998). " Certain T-cell subsets in patients with pulmonary tuberculosis. A view into immunology of tuberculosis". Abstract book, global congress on lung health 29th world, conference of IUATLD- UICTMR. Bangkok, Thailand., Nov, p.269.
10. Wiswanath R., Raja D., Samuel N.M(1998). "CD4/CD8 profile of normal and patients with tuberculosis, HIV.TB and HIV/AIDS in South India". Abstract book. Global congress on lung health 29th world. Conference of IUATLD-UICTMR. Bangkok, Thailand., p.287