**Tên bài giảng : LAO RUỘT – LAO MÀNG BỤNG**

**Đối tượng:** Y3

**Giảng viên :** ThS BS Đào Xuân Lãm

**Mục tiêu:**

1. Nắm được nguyên nhân và sinh bệnh học của lao ổ bụng.
2. Nắm được giải phẩu bệnh học của lao ổ bụng.
3. Nêu được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của lao ổ bụng.
4. Chẩn đoán xác định và phân biệt được các thể bệnh thường gặp của lao ổ bụng trên lâm sàng.
5. Nắm được các phác đồ điều trị lao ổ bụng
6. Nêu được tiên lượng của lao ổ bụng.

**Phương tiện giảng dạy**:

1. Projector
2. Laptop.

**Nội dung bài giảng:**

**I- ĐẠI CƯƠNG :**

\* Tăng theo đại dịch HIV/ AIDS

* Lao tiêu hóa/HIV gấp 30-40 lần
* Tại Mỹ:
  + Tỉ lệ mắc bệnh: da đen > 2 lần da trắng
  + Lao màng bụng (1975-1990): 3,6%
* Tại Anh
  + Da đen/ da trắng: 24/30
* Tại VN (1986)
  + Lao ruột và lao màng bụng: 1,4%
  + Đứng thứ 6 sau Lao phổi, màng phổi, xương khớp, não và hạch
* Thường gặp
  + Người trẻ
  + Nghiện rượu
  + Suy dinh dưỡng
  + AIDS

\* 2 khu vực lao :

- Các nước kinh tế phát triển : nguy cơ bùng phát trở lại do đại dịch AIDS.

- Các nước đang phát triển . Vấn đề khống chế nguồn lây nhiễm .

\* Lao ngoài phổi đang có tỉ lệ tăng dần , trước kia 5% , hiện nay 20 – 30% (WHO 2007).

\* Lao ổ bụng tuy hiếm gặp nhưng hậu quả để lại vô cùng nặng nề. Chia làm 2 loại: - Lao tạng đặc: gan, lách, tụy, buồng trứng, thận…..

- Lao tạng rỗng: ruột, bàng quang…

\* Thường gặp nhất là lao ruột, lao màng bụng và lao hạch bụng. Các thể bệnh này thường phối hợp với nhau.

**II- NGUYÊN NHÂN & SINH BỆNH HỌC :**

1- Nguyên nhân :

\* 1881 Robert Koch phát hiện B.K .

\*3 chủng vi khuẩn lao là

(1) Mycob. tuberculosis ( B.K )

(2) M.bovis ( M.B ) và

(3) M.atypique ( M.A ) .

2- Sinh bịnh học :

* Lao màng bụng: từ ổ lao nguyên phát BK lan truyền theo đường bạch huyết và máu đến hạch mạc treo tạo nốt lao gây hoại tử và phóng thích vi trùng lao vào màng
* Lao ruột: do nuốt đàm có MT gây tổn thương khu trú hồi manh tràng. Lao ruột nguyên phát khi TĂ, nước uống bị nhiễm BK, vi trùng xâm nhập vào ruột gây bệnh

Hô Hấp

B.K. Sơ Nhiễm Lao ruột

Tiêu Hoá LMB nguyên phát

Lao cơ quan Lao ruột

LMB thứ phát

\* Lao ruột , LMB có thể là đơn thuần hay phối hợp .

**III- GIẢI PHẪU BỆNH :**

1- Đại thể :

1.1- Hạt lao kê : # hạt kê , trong ca cấp tính , các nốt thâm nhiễm phù nề , xung huyết .

1.2- Dịch báng : toàn thể hoặc khu trú , lượng ít hoặc vừa , màu vàng chanh , có khi lẫn máu ( < 10% ) hoặc là dịch dưỡng trấp ( < 1% ) .

1.3- Mô xơ : những dãi xơ kết dính các quai ruột với nhau hoặc với thành bụng , gây tắc ruột .

1.4- Hạch hoá bã đậu : Hạch vỡ gây dò bạch mạch hoặc chèn ép gây h/ch. bán tắc và/hoặc đau bụng .

1.5- VPM cấp tính do lao : Thường phải mổ cấp cứu . Các tạng bị dính vào phúc mạc kiểu “bánh mì phết bơ ” , về lâu dài sẽ dẫn đến hoá xơ .

1.6- Lao ruột : gây viêm , loét niêm mạc ruột thường gặp ở vùng HMTr .

1.7- VPM mũ cấp : rất hiếm , do biến chứng thủng thành ruột .

2- Vi thể : tổn thương đặc trưng là các *nang lao* , có thể tìm thấy B.K.

IV- Triệu Chứng :

1- Triệu chứng lâm sàng :

1.1- Cơ địa : trẻ < 30 tuổi , nữ/nam gấp 2 – 3 lần .

1.2- Tiền sử :

(1) Bản thân có bệnh lao .

(2) Gia đình có thân nhân bị lao .

(3) Có tiếp xúc với người bị lao .

1.3- Các triệu chứng nhiễm lao chung :

(1)Sốt nhẹ kéo dài ớn lạnh về chiều

(2) Gầy , sụt cân , mệt mỏi .

(3) An kém , không ngon , khó ngủ .

(4) Ở nữ , có thể RL kinh nguyệt .

1.4- Các triệu chúng tại ổ bụng :

*A. Lao ruột*:

(1) Đau bụng xen kẽ đợt tạm im. Đau âm ỉ khu trú hoặc lan toả , khám bụng mềm . Ít khi có đau đột ngột , dữ dội của VPM cấp .

(2) Buồn ói và ói ít xảy ra trừ khi có hội chứng bán tắc .

(3) Táo bón hoặc tiêu phân lõng , có khi có đàm nhày hay có lẫn máu .

(4) Hội chứng bán tắc :đau bụng , chướng hơi , mãng dày dính , đám quánh , có thể có hạch ổ bụng .

*B. Lao màng bụng*:

Báng bụng khu trú hoặc toàn thể , lượng ít hoặc vừa , không kèm vàng da niêm , gan lách to hay hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa .

*C. Lao hạch bụng*:

Khối u lổn nhổn trong ổ bụng, có thể phát hiện qua ấn chẩn, nhưng thường được phát hiện qua siêu âm bụng.

1.5- Các triệu chứng lao phối hợp :

(1) Lao phổi , màng phổi : ho kéo dài và/hoặc ho ra máu , đau ngực , TDMP . Một số ca chỉ được phát hiện khi làm bilan ở bệnh nhân nghi LMB .

(2) Lao hạch : ngoại vi , nội tạng .

(3) Lao các cơ quan bộ phận khác .

2- Cận lâm sàng :

2.1- Các xét nghiệm nhiễm lao chung

(1)Công thức máu .

(2) Tốc độ máu lắng tăng cao .

(3) Phản ứng lao tố (IDR) (+) .

(4) Xquang phổi .

(5) Tìm B.K trong đàm .

2.2- Các thăm dò phát hiện lao tại chổ

(1) Chọc và khảo sát dịch báng : loại dịch tiết hay SAAG < 11 g/L .

\* Khảo sát định lượng ADA / dịch ổ bụng.

\* Kỹ thuật PCR tìm BK trong dịch màng bụng.

(2) Siêu âm bụng .

(3) Nội soi ổ bụng .

(4) Sinh thiết màng bụng qua NSOB hoặc sinh thiết mù qua da ⇒ GPB .

(5) Chụp Xquang và/hoặc nội soi khung đại tràng .

2.3- Các thăm dò lao phối hợp : sinh thiết hạch , Xquang cột sống ...

3- Thể lâm sàng :

*A. Lao màng bụng*

3.1- Thể báng : báng đơn thuần với các dấu nhiễm lao toàn thân .

3.2- Thể dày dính : thường gây bán tắc ruột , khám có cảm giác xơ cứng như “mảng cơm cháy” .

3.3- Thể VPM cấp : thường chỉ xác minh nguyên nhân lao qua phẫu thuật .

*B. Lao hạch bụng*

3.4- Khối hạch bụng : khám thấy các khối u lổn nhổn .

*C. Lao ruột:*

3.5- Viêm lao đại tràng: đau bụng mạn tính kéo dài, táo bón xen kẽ với tiêu chảy. Khám phát hiện được dấu Koenig ở phần tư dưới phải.

3.6- U lao: phát hiện được khối u ở hố chậu (P)

**V- CHẨN ĐOÁN :**

1- Chẩn đoán xác định :

1.1- Tiền sử : lao bản thân , gia đình hoặc thường có tiếp xúc với nguồn lây .

1.2- Lâm sàng :

(1) Sốt kéo dài , sụt cân , chán ăn , đau bụng , cổ trướng.

(2) Đối với lao ruột có thể là táo bón hoặc tiêu phân lõng

(3) Có thể phát hiện lao của cơ quan bộ phận .

1.3- Cận lâm sàng :

(1) IDR (+), VS tăng cao .

(2) Đôi khi phải làm nội soi ổ bụng và/hoặc sinh thiết màng bụng hay hạch bụng.

(3) Đối với lao ruột : khảo sát phân tìm B.K. , tỉ lệ (+) không cao . Khảo sát nội soi , Xquang khung đại tràng .

(4) Theo dõi đáp ứng với điều trị kháng lao .

2- Chẩn đoán phân biệt :

2.1- Thể báng : cần phân biệt với:

(1) Xơ gan : Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa , hội chứng suy tế bào gan .., siêu âm có thể thấy hình ảnh xơ gan điển hình .

(2) Ung thư di căn ổ bụng : Lớn tuổi , thể trạng suy sụp . Có biểu hiện của ung thư nguyên phát . Cần thăm dò nội soi , xquang , siêu âm , sinh thiết ; tìm tế bào ung thư trong dịch báng .

(3) U nang buồng trứng , có thể chọc dịch và bơm thuốc cản quang hoặc bơm hơi rồi chụp Xquang .

2.2- Thể dày dính : cần phân biệt với:

(1) Tắc ruột cấp do dính sau mỗ hay do khối u : Xquang bụng không sửa soạnvà/hoặc chụp Xquang khung đại tràng .

(2) Bán tắc do khối u hay do lao ruột : Xquang khung đại tràng , nội soi khung đại tràng và sinh thiết . Siêu âm bụng .

2.3- Thể VPM cấp : cần phân biệt với:

(1) VPM nguyên phát : Đau bụng cấp , sốt trên bệnh nhân đã có dịch báng .Có sự biến đổi từ dịch thấm sang dịch tiết ; phải nhuộm Gram và cấy dịch báng .

(2) VPM mũ do các nguyên nhân như viêm ruột thừa, thủng dạ dày tá tràng , viêm túi mật cấp . Khi không loại được các chẩn đoán này , phải mỗ khẩn

2.4- Lao đại tràng : cần phân biệt với:

(1) Các nguyên nhân khác của viêm đại tràng như viêm loét đại trực tràng, bệnh Crohn : Xquang và/hoặc nội soi khung đại tràng .

(2) Ung thư đại trực tràng :

(a) Cơ địa > 50 tuổi ,

(b) Tiền sử gia đình có người bị K đại trực tràng ,

(c) Tiêu phân có đàm ; máu . Thăm trực tràng.

2.5- Khối hạch bụng : cần phân biệt với:

(1) Các u ổ bụng ( u sinh dục , u thận , tuỵ .. ) . Chỉ định siêu âm , Xquang tuỳ theo tùy tình huống lâm sàng

(2) Hạch ác tính : sinh thiết hạch có hướng dẫn qua siêu âm , qua nội soi ổ bụng hoặc qua mở ổ bụng thám sát .

**VI- TIÊN LƯỢNG VÀ DỰ PHÒNG :**

1- Tiên lượng :

1.1- LMB , Lao ruột đơn thuần tiên lượng tốt , ít tái phát .

1.2- Lao phối hợp nhiều cơ quan thường do cơ điạ đề kháng kém , đáp ứng không tốt với điều trị , nguy cơ tái phát đáng kể .

1.3- Các biến chứng và dư chứng : (1) Thủng ruột , (2) Dò tiêu hoá , (3) Hội chứng bán tắc do dính .

2- Dự phòng :

2.1- Khống chế nguồn lây.

2.2- Chủng ngừa BCG .

2.3- Biện pháp cá nhân : tránh tiếp xúc nguồn lây , giử sức khoẻ tổng quát

**VII- ĐIỀU TRỊ :**

1- Xử dụng thuốc kháng lao :

1.1- Các phác đồ:

Bệnh nhân mới :

3 RHZ + 6 RH hoặc

2 RSHZ + 6 HE

Điều trị lại :

2 RSHEZ + 1 REHZ + 4 RH hoặc 5 R3H3E3

Phụ nữ có thai hoặc cho con bú :

2 RHZ + 4 RH

( S = Streptomycine , H = Isoniazide , R = Rifampicin , E = Ethambutol , Z =

Pyrazinamide . )

1.2- Liều lượng :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Liều | mg/ngày | 2lần /tuần | 3ầnl/tuần |
| H | 5 (4-6) | 15 (13-17) | 10 (8-12) |
| R | 10 (8-12) | 10 (8-12) | 10 (8-12) |
| Z | 25 (20-30) | 50 (40-60) | 35 (30-40) |
| E | 15 (15-20) | 45 (40-50) | 30 (25-35) |
| S | 15 (12-18) | 15 (12-18) | 15 (12-180 |

1.3- Tác dụng phụ :

(1) H : Viêm gan , viêm TK ngoại biên , RL tâm thần.

(2) R : Viên gan , suy thận cấp , giảm TC .

(3) Z : Viêm gan , đau khớp , nổi mẩn da .

(4) E : viêm TK thị .

(5) S : Choáng phản vệ , chóng mặt , ù tai , ⇓thính lực

2- Điều trị hỗ trợ :

(1) Chế độ nghỉ ngơi ,

(2) An uống bồi dưỡng và

(3) Can thiệp ngoại khoa đối với các biến chứng VPM mũ , tắc ruột ..

**IX- KẾT LUẬN :**

Lao ruột , LMB ở Việt Nam :

(1) Còn thường gặp .

(2) Trong thực tế , đôi khi không thể xác minh chẩn đoán hoàn toàn , nên phải điều trị thử và theo dõi , đánh giá kết quả đáp ứng với điều trị .

(3) Là một bệnh xã hội cần được quản lý tốt để tránh lây nhiễm .

(4) Nguy cơ bùng phát với dịch AIDS

**Ti liệu tham khảo:**

1. Texbook of Gastroenterology, 5th edition, Yamada, 2009.

2. Principle of Clinical Gastroenterology, Tadataka Yamada, 2008

3. Harrison’s principle of medicin, 17 th edition, 2008

4. WHO: Tuberculosis 2007