



**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH**
CÂU LẠC BỘ Y HỌC VÀ ĐỜI SỐNG

CHUYÊN ĐỀ :

BỆNH LAO



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH
CÂU LẠC BỘ Y HỌC VÀ ĐỜI SỐNG

CHUYÊN ĐỀ
BỆNH LAO

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

CHUYÊN ĐỀ BỆNH LAO
CẬU LẠC BỘ Y HỌC VÀ ĐỜI SỐNG
ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH
NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Chịu trách nhiệm xuất bản : **HOÀNG TRỌNG QUANG**
NGUYỄN THỊ KIM LIÊN

Biên tập : **NGUYỄN HOÀNG LONG**

Bìa : **QUANG MINH Design**

Trình bày : **ÁI THU**

Sửa bản in : **CLB Y HỌC VÀ ĐỜI SỐNG**

Thực hiện liên doanh : **CÔNG TY VĂN HÓA HƯƠNG TRANG**



Phát hành tại nhà sách

QUANG MINH

416 Nguyễn Thị Minh Khai - Q.3 - Tp.HCM
ĐT: 8332386 - 8340990 - Fax: 84.8.8342457 - 8340990
E-mail: quangminhbooks@hcm.vnn.vn

In 1.500 cuốn, khổ 13x19cm tại Xí nghiệp In Số 5. Giấy phép xuất bản số 428-1522/XB-QLXB của Cục Xuất bản cấp ngày 20.12.2002. Giấy trích ngang KHXB số 49/XBYH của Nhà Xuất bản Y Học cấp ngày 24.2.2003. In xong và nộp lưu chiểu Quý II năm 2003.

Lời nói đầu

Câu lạc bộ Y Học và Đời Sống Trường Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh ra đời năm 2000 với buổi sinh hoạt đầu tiên ngày 08 - 01.

Trong mỗi buổi, ngoài phần trình bày và trả lời các câu hỏi, báo cáo viên còn cung cấp cho người tham dự những bài viết tương đối đầy đủ về những thông tin có liên quan.

Sau 3 năm, với 150 buổi sinh hoạt, Câu lạc bộ đã tích lũy được hơn 100 bài viết về nhiều đề tài. Để góp phần phổ biến một cách có hệ thống những thông tin bổ ích này, chúng tôi tập hợp các bài viết trong một bộ sách chuyên đề.

Chúng tôi xin cảm ơn các giảng viên của trường, các bác sĩ ở các bệnh viện đã giúp cho Câu lạc bộ thực hiện nhiệm vụ đưa thông tin y học đến nhiều người. Chúng tôi cũng cảm ơn những người tham dự đã giúp Câu lạc bộ hoạt động có hiệu quả. Mong rằng những quyển sách này có ích cho bạn đọc.

Trong lần xuất bản đầu tiên này, chắc chắn bộ sách không tránh khỏi thiếu sót. Chúng tôi mong nhận được ý kiến đóng góp của bạn đọc gần xa.

Hiệu Trưởng,

GS. TS. NGUYỄN ĐÌNH HỒI

ĐIỀU TRỊ VÀ DỰ PHÒNG BỆNH LAO

Tiến sĩ NGUYỄN THỊ ĐOAN TRANG

Phó Trưởng Bộ môn Lao và Bệnh Phổi

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Bệnh lao ở người xuất hiện cách nay khoảng 10.000 năm trước Công nguyên nhưng mãi đến thế kỷ thứ II sau Công nguyên phương cách điều trị mới được đưa ra bởi bác sĩ Galen - người Hy Lạp đó là : nghỉ ngơi, giảm ho, băng ngực, cầm máu (súc miệng bằng a xít banic pha với mật ong), dùng thuốc phiện đối với những trường hợp ho nặng và chú trọng đến vấn đề dinh dưỡng.

Đến năm 1853, John Bannett đưa ra phương cách điều trị bằng thuốc an thần, thuốc giảm ho, thuốc phiện, đắp lên ngực định kỳ a xít sufuric để giảm toát mồ hôi, thuốc cầm tiêu chảy và ho ra máu, thỉnh thoảng dùng thuốc chống kích thích, và khi bệnh nặng thì sử dụng rượu và chất kích thích. Một thời gian sau người ta nghĩ đến việc đưa bệnh nhân về đồng quê để nghỉ ngơi thư giãn và tập thể dục, từ đó SANA được thành lập đầu tiên ở Đức vào năm 1854, tại đây người bệnh sẽ có khẩu phần dinh dưỡng tối ưu, hoạt động vừa phải, phơi nắng, hóng gió ...

Vào khoảng năm 1900, lao phổi được điều trị bằng cách bơm xẹp phổi, sau đó là *cắt xẹp sườn*.

Đến năm 1944 Streptomycine được tìm ra và - tháng 11/1944 được phép dùng thử trên người.

Cùng thời gian này, thuốc kháng lao khác được tìm ra là Para-amino salicylic acid (PAS).

Với sự ra đời của 2 loại thuốc kháng lao trên người ta nghĩ rằng có thể đánh bại được bệnh lao - căn bệnh nan y ở người suốt bao thế kỷ - nhưng chỉ vài năm sau, người ta nhận thấy tỷ lệ thành công của điều trị lao bằng Streptomycine không tốt hơn điều trị ở SANA.

Đến năm 1948, các nghiên cứu ở Hoa Kỳ, Anh Quốc thấy rằng khi điều trị phối hợp Streptomycine và PAS trong 6 tháng đã làm giảm đáng kể tỷ lệ kháng thuốc.

Năm 1951, người ta tìm ra Isoniazide và năm 1970 tìm ra Rifampicine.

Từ đó, phác đồ điều trị lao với phối hợp đã đưa đến thành công tốt đẹp và việc điều trị ở SANA không cần thiết nữa.

Nhưng gần đây vấn đề HIV đã đưa bệnh lao thành nguyên nhân tử vong hàng đầu và người ta dự đoán tỷ lệ nhiễm lao sẽ phát triển gấp 10 lần từ năm 1990-2005. Năm thuốc kháng lao hiện nay đang được sử dụng trong chương trình chống lao quốc gia là:

- Streptomycine (SM) : thuốc chích
- Isoniazide (H) : thuốc ống
- Rifampicine (R) : thuốc uống
- Ethambutol (E) : thuốc uống.

- Pyrazinamide (Z) : thuốc uống.

Mỗi thuốc kháng lao chỉ có tác dụng trên 1, 2 giai đoạn sinh sản của vi khuẩn lao trong *sống thương*, liều lượng thuốc sử dụng được tính theo kg cân nặng của người bệnh. Tuy nhiên, khi có bệnh lý khác kèm theo thì liều lượng này sẽ thay đổi.

Khi điều trị lao phải tuân thủ theo nguyên tắc sau :

- Phối hợp thuốc.
- Đúng liều lượng.
- Đủ thời gian.
- Dùng thuốc liên tục.

Khi điều trị lao không tuân thủ theo một trong các nguyên tắc trên sẽ đưa đến vấn đề kháng thuốc hoặc tái phát bệnh.

Gọi là kháng thuốc khi trong một quần thể vi khuẩn có $\geq 1\%$ vi khuẩn kháng lại với thuốc đó và đa kháng thuốc khi vi khuẩn lao kháng lại với cả 2 loại thuốc kháng lao nhất là R và H.

Chú ý : Vi khuẩn lao kháng thuốc ở người bệnh này nếu lây lan sang người khác thì người đó cũng bị kháng thuốc.

Tái phát bệnh lao là sau khi làm xét nghiệm âm tính trong đàm nhưng 6 tháng sau lại thấy vi khuẩn lao xuất hiện trở lại trong đàm. *Có nhiều nguyên nhân gây nên hiện tượng tái phát: điều trị không*

đúng nguyên tắc, yếu tố cơ địa người bệnh (có bệnh kèm như : tiểu đường, sử dụng corticoides kéo dài, tình trạng dinh dưỡng kém, sức đề kháng giảm, tiêu chảy kéo dài, nhiễm trùng cấp, nhiễm HIV ...).

Để điều trị lao có hiệu quả, tránh kháng thuốc và tái phát Chương trình chống lao quốc gia đưa ra biện pháp điều trị có kiểm soát nghĩa là sử dụng thuốc dưới sự hướng dẫn và kiểm tra của nhân viên y tế, sự tuân thủ của người bệnh là yếu tố quyết định thành công của điều trị "Tự cứu mình là chính".

Phòng ngừa bệnh lao có hai phương cách: chích ngừa BCG và uống thuốc dự phòng :

- Chủng ngừa BCG : cho tất cả trẻ sơ sinh và trẻ vào lớp 1.

- Uống thuốc dự phòng cho người có nguy cơ nhiễm lao cao với INH, PZA, thời gian thay đổi từ 6 - 9 - 12 tháng.



BỆNH LAO NHỮNG HIỂU BIẾT TỔNG QUÁT

Phó Giáo sư, Tiến sĩ **PHẠM LONG TRUNG**

Trưởng Bộ môn Lao và Bệnh Phổi

Dại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Trước đây bệnh lao là một trong tứ chứng nan y làm kinh sợ cho tất cả mọi người. Trải qua bao thế kỷ là nguyên nhân gieo rắc cái chết hàng đầu cho nhân loại, bệnh lao chỉ mới được khống chế một cách hiệu quả và khoa học vào giữa thế kỷ XX. Nguyên nhân gây bệnh là một loại vi khuẩn hình que được Robert Kock mô tả năm 1882, chúng có khả năng tồn tại 3 - 4 tháng trong điều kiện tự nhiên và sinh trưởng tốt trong môi trường có nhiều không khí (loại vi khuẩn ái khí). Khi xâm nhập vào cơ thể người bệnh, vi khuẩn lao gây ra một phản ứng miễn dịch (phản ứng của các yếu tố bảo vệ cơ thể chống lại vi khuẩn xâm nhập). Chính phản ứng này vừa có tác dụng tiêu diệt vi khuẩn nhưng lại cũng là yếu tố thuận lợi cho vi khuẩn phát triển. Tùy đáp ứng miễn dịch của từng người bệnh mà khi vi khuẩn lao xâm nhập sẽ biểu hiện ra bên ngoài những bệnh cảnh khác nhau hơn là do độc tính của vi khuẩn. Một đặc tính đáng lưu ý của vi khuẩn lao là khả năng đột biến gây kháng với thuốc điều trị. Lao là một bệnh có khả năng lây nhiễm cao và đường lan truyền chủ yếu là qua hô hấp.

I. LỊCH SỬ BỆNH LAO.

Lịch sử của bệnh lao vào thế kỷ XIX chỉ là giai đoạn sau cùng của một thời kỳ dài do sự tác động của vi khuẩn lao trên con người. Bệnh lao đã có trước khi y văn ghi nhận lại.

- 10.000 năm trước Công nguyên : các khối u cột sống đặc trưng của bệnh lao cột sống đã được tìm thấy ở con người thời kỳ đồ đá và những tranh khắc người gù lưng trên các mộ cổ Ai Cập - hình ảnh của bệnh Potts.

- Khoảng 700 trước Công nguyên: y văn cổ nhất có được về bệnh lao là tài liệu tìm được ở Ấn Độ viết về một bệnh phổi mãn tính huỷ hoại.

- Khoảng 380 trước Công nguyên: Hippocrates mô tả rất tỉ mỉ về bệnh mà ông gọi là "Phtisis" có nghĩa là tan ra hay huỷ hoại. .

- Aristotle ghi nhận và nghĩ rằng bệnh nhân bị "phtisis" là do một vài "chất gây bệnh" do người bệnh thở ra trong gió. Sự hiểu biết này phải đợi đến 2000 năm sau, khi Robert Koch tìm ra được nguyên nhân vi khuẩn lao.

- Vào thế kỷ II sau Công nguyên: Galen người Hi Lạp, bác sĩ thực hành và viết sách ở La Mã đã phác họa ra nguyên tắc điều trị mà nó vẫn giữ nguyên cả nghìn năm sau, đó là: nghỉ ngơi, giảm ho, băng ngực, thuốc cầm máu (súc miệng bằng axit

bannic pha với mật ong), thuốc phiện cho cơn ho nặng, đặc biệt chú trọng đến dinh dưỡng.

- Thời kỳ phục hưng : phẫu thuật gia người Hà Lan Francissus Sylvius mô tả những nốt nhỏ, cứng trong phổi bệnh nhân mắc bệnh và gọi là tubercules (nốt) và ông đưa ra lý thuyết rằng người bệnh phthisis xuất phát từ những ổ loét trong phổi.

- Từ những năm 1600, y tế cộng đồng bắt đầu ghi chép những nguyên nhân tử vong và bệnh này là một trong 3 nguyên nhân hàng đầu. Ví dụ như ở Luân Đôn năm 1667, 25% chết vì bệnh lao.

- Cho đến năm 1800, bệnh lao đã đi vào tất cả các thống kê của y tế cộng đồng

- Vào năm 1838 Johann Schonlein người đầu tiên nghĩ ra danh từ lao (Tuberculosis)

- Vào năm 1861 Oliver Wendell Holmes dùng danh từ "plague trắng" để gây chú ý đến hiện tượng tàn phá của bệnh này trong xã hội.

- Năm 1882 Robert Koch tìm ra vi khuẩn lao (*Mycobacterium tuberculosis*), là nguyên nhân của bệnh lao

- Trong suốt 19 thế kỷ có nhiều thơ ca nói về bệnh lao của các thi nhân cũng như nghệ sĩ và văn sĩ (Keats, Thoreau, chị em Brontë, Chopin, Byron và rất nhiều danh nhân khác). Thế kỷ XIX đã chứng kiến những cái tốt, cái xấu của những nghiên cứu điều trị.

- Từ năm 1800 đến 1860, bệnh nhân đã chịu đựng thời kỳ điều trị "antiphlogistic và counterirritant" trong đó người thầy thuốc dùng keo dán ngực, thuốc chống nôn, thuốc nhuận trường, cách ly, trích máu, dinh dưỡng.

- Năm 1854: Hermann Brechmer đã lập nên SANA đầu tiên cho bệnh lao ở Gorbessdorf, Đức. Sự thành công lâm sàng này có ý nghĩa cho một phong trào xây dựng SANA trên toàn thế giới dựa trên các yếu tố nghỉ ngơi, khẩu phần giàu dinh dưỡng, khí hậu mát mẻ và tránh những điều trị độc hại.

- Ở Mỹ, Edward Livingston Trudeau xây dựng SANA đầu tiên ở Mỹ vào năm 1885 - SANA Lake Cottage - đã mở ra kỷ nguyên chinh phục bệnh lao.

- SANA đã trở thành nơi điều trị và nghiên cứu lâm sàng về lao

- Thủ thuật "bơm xẹp phổi điều trị" bắt đầu vào khoảng năm 1900, sử dụng hơi nitơ; phương pháp gây tràn khí ngoài màng phổi (extrapleural pneumothorax); Bơm hơi phúc mạc với catheter kinh cơ hoành; phẫu thuật cắt xẹp sườn (thoracoplasty).

- Hiệp hội quốc gia về lao được ra đời năm 1904.

- Việc sử dụng lao tố và X quang góp phần trong chẩn đoán bệnh lao.

- Vào giữa thập niên 1940, hai loại thuốc chống lao đầu tiên được thí nghiệm trên người đó là :

- Streptomycine (11/1944) là thuốc kháng lao đầu tiên trong y văn.

- Para-amino salicylic acid (PAS) (1944).

– Năm 1951, báo cáo về hữu hiệu của Isoniazid chống lao.

– Thập niên 1970, Rifampicine, một loại thuốc điều trị lao mới ra đời.

– Hiện tượng lao kháng thuốc là vấn đề luôn được đặt ra. Đặc biệt, dịch nhiễm HIV/AIDS đã đưa bệnh lao trở lại thành nguyên nhân tử vong hàng đầu trên toàn thế giới và dự kiến từ năm 1990 đến năm 2005 bệnh lao sẽ tăng lên 57,6%.

II. DỊCH TỄ HỌC.

Bệnh lao là bệnh nhiễm trùng mà tác nhân gây bệnh là vi khuẩn lao, chiếm khoảng 1/3 dân số thế giới và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong số các bệnh nhiễm trùng trên thế giới. Bệnh lao đã tàn phá cuộc sống loài người qua hàng thế kỷ trong quá khứ. Những nước đông dân, dân trí kém và kinh tế chậm phát triển có tỷ lệ nhiễm lao rất cao.

Theo tổ chức y thế thế giới (W.H.O) hàng năm có 20 triệu ca lao đang tiến triển và lây nhiễm cho từ 50 đến 100 triệu người mỗi năm, phần lớn là trẻ con. Số người chết vì bệnh lao hàng năm lên đến 3 triệu người, trong đó 80% trường hợp xảy ra ở các nước đang phát triển. Dự đoán đến năm 2000, trên thế giới có 500 triệu người bị nhiễm lao, 20 triệu

người có vi khuẩn lao (BK) trong đàm dương tính, trong một năm có 600.000 - 3 triệu người tử vong và 8 - 10 triệu người bị lao mới. Tỷ lệ nhiễm lao mới ở các nước đang phát triển cao gấp 20 - 25 lần so với các nước phát triển.

Hiện nay, bệnh lao đang ngày càng có xu hướng gia tăng trên toàn thế giới, Việt Nam không ngoại lệ, tỷ lệ tử vong do lao tăng cao đến mức báo động do mạng lưới y tế và hoạt động chống lao hiệu quả thấp dẫn đến tình trạng lao kháng thuốc lan tràn gây rất nhiều khó khăn cho điều trị.

Năm 1990, theo Murray, Styblo, Rouillon nghiên cứu tại Việt Nam, số trường hợp lao mới mắc hàng năm: 110.000; trong số đó trường hợp lao mới BK/ đàm dương tính là : 50.000; tử vong do lao : 60/100.000 dân. Một vấn đề nổi bật mang tính thời sự trên toàn thế giới, đó là sự lan rộng của bệnh AIDS làm gia tăng sự bùng nổ bệnh lao, nhất là các nước kém phát triển và đang phát triển, làm tăng nguy cơ nhiễm lao.

Nguồn lây lao chủ yếu là do tiếp xúc với những người bị lao ho khạc, đặc biệt có BK trong đàm, tỷ lệ lây lao cao. Đường lây lao chủ yếu là đường hô hấp do hít phải các chất tiết có chứa BK khi ho khạc, hắt hơi, nói chuyện...

Vi khuẩn lao do Robert Koch khám phá và năm 1882, đó là trực khuẩn *Mycobacterium Tuberculosis*. Sau đó một loại *Mycobacterium* khác đã được tìm

thấy. Vi khuẩn lao phát triển trong môi trường giàu chất dinh dưỡng (đường, đạm, muối khoáng, sinh tố và dưỡng khí) và có nhiều không khí.

III. NHIỄM LAO VÀ DIỄN TIẾN CỦA BỆNH LAO.

Vi khuẩn lao sau khi được hít vào phổi, một số vi khuẩn lao bám vào niêm mạc sẽ được hệ thống nhầy - lông chuyển của niêm mạc cây hô hấp đẩy ngược ra ngoài lên khí quản đến vùng hầu họng. Sau đó chúng sẽ được nuốt vào đường tiêu hóa và hiếm khi gây bệnh. Một số vi khuẩn khác còn trong khí đạo sẽ đến khu trú lại trong phổi. Tại đây chúng tạo ra sang thương, rồi theo đường bạch huyết đến hạch rốn phổi. Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ sau khi hít phải vi khuẩn lao có nhiều nguy cơ bị bệnh lao hơn người lớn do khả năng miễn dịch chưa hình thành đầy đủ. Ở trẻ từ 5 -10 tuổi thì tương đối ít mắc bệnh.

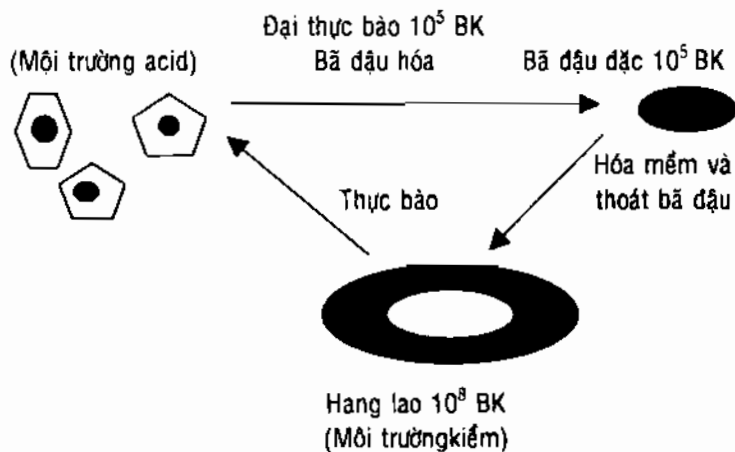
Ở lứa tuổi trưởng thành, thường mắc lao phổi và dễ tạo hang, là do miễn dịch hình thành đầy đủ. Ở người già mắc bệnh lao tương đối giống với lao ở trẻ em, có thể là do hệ miễn dịch suy giảm. Thường biểu hiện viêm phế quản phổi với thâm nhiễm ở thùy giữa và dưới, dạng đông đặc phổi, và ít tạo hang.

Sự xâm nhập và sự sinh sản của vi khuẩn vào cơ thể sẽ tạo nên các sang thương mà tiến triển thường xuyên từ giai đoạn này sang giai đoạn khác đã được định hình từ trước :

1. **Giai đoạn I**, biểu hiện bằng hiện tượng thực bào các vi khuẩn do các đại thực bào (nghĩa là các tế bào có tên là thực bào của cơ thể bắt và nuốt lấy vi khuẩn), theo sau hiện tượng viêm.

2. **Giai đoạn II**, bắt đầu giai đoạn bã đậu hóa (như mô phổi bị hoại tử nhũn ra như bã đậu), đặc trưng của bệnh lao.

3. **Giai đoạn III**, thành lập hang (phổi bị "thủng" những lỗ nhỏ giống như những cái hang), tạo cho vi khuẩn lao phát triển đông đảo.



Số lượng lớn vi khuẩn lao trong hang lao gây ra ba tình huống :

1. Vi khuẩn lao lan tràn theo phế quản dẫn đến các vùng khác của phổi.

2. Nguồn gốc chính lây nhiễm bệnh lao trong cộng đồng.

3. Tạo thành chủng vi khuẩn lao kháng thuốc khi hóa trị liệu lao không thích hợp

Vi khuẩn lao có thể lan tràn theo đường máu từ tổn thương ban đầu (phức hợp nguyên thủy) đến các cơ quan khác của cơ thể. Nếu vi khuẩn lao lan tràn trong máu với số lượng lớn sẽ gây ra lao kê (với biểu hiện nhiều hạt nhỏ giống như hạt kê trên phim X quang phổi), với số lượng nhỏ gây ra ổ lao rải rác khắp cơ thể. Những ổ lao này có thể không hoạt động hoặc có thể hoạt hóa và gây bệnh bất cứ lúc nào từ một tháng cho đến nhiều năm sau khi tổn thương ban đầu xuất hiện.

Bằng chứng duy nhất của tình trạng nhiễm vi khuẩn lao là phản ứng lao tố dương tính. Ngay cả sang thương lao đã được chặn lại nhưng vi khuẩn lao vẫn có thể tồn tại im lặng nhiều năm tại phức hợp nguyên thủy hoặc bất cứ ổ lao nào trong cơ thể. Khi có điều kiện thuận lợi, các vi khuẩn lao im lặng này sẽ nhân đôi và gây bệnh (tái nhiễm nội sinh) hoặc tái nhiễm với vi khuẩn mới (tái nhiễm ngoại sinh).

Biểu hiện của bệnh lao phong phú và đa dạng gây ra nhiều khó khăn về mặt danh pháp khi gọi tên các thể bệnh lao. Theo sinh lý bệnh, ngày nay các tác giả thống nhất chia bệnh lao thành hai thể : lao nguyên phát và lao thứ phát.

1. **Lao nguyên phát:** là tổng hợp các biểu lộ, lâm sàng và sinh học của một cơ thể sau lần tiếp nhiễm đầu tiên với trực khuẩn lao.

2. **Lao thứ phát** (còn gọi là lao hoạt động, lao bệnh) là giai đoạn hai của bệnh lao, chỉ xảy ra khi có sự mất cân bằng giữa khả năng gây bệnh của trực khuẩn lao và sức đề kháng của cơ thể. Khi số lượng và độc tính của vi khuẩn lao vượt quá sức đề kháng của cơ thể, sẽ gây ra những tổn thương huỷ hoại các cơ quan mà vi khuẩn lao hiện diện, thường gặp nhất là tổn thương phổi (vì phổi là nơi thường gặp nhất của bệnh lao chiếm khoảng 90%). Ngoài phổi, vi khuẩn lao còn có thể phát triển tại một số phủ tạng khác, gây nên các loại: lao màng não, lao xương khớp, lao tiết niệu, lao sinh dục, lao các màng (màng phổi, màng bụng, màng tim ...) và lao ruột.

Diễn tiến tự nhiên của bệnh lao sau khi bị nhiễm vi khuẩn lao

| Giai đoạn | Thời gian | Đặc điểm chính |
|-----------|------------------|--|
| 1 | 3 - 8 tuần | Hình thành phức hợp nguyên thủy. Chuyển dương phản ứng lao tố |
| 2 | 3 tháng | Các thể lâm sàng của bệnh lao phổi do vi khuẩn lao lan tràn theo đường máu: lao kê và lao màng não |
| 3 | 3 - 4 tháng | Lao màng phổi do vi trùng lao lan tràn theo đường máu hoặc trực tiếp từ tổn thương nguyên phát cận màng phổi |
| 4 | Gần 3 năm | Phức hợp nguyên thủy biến mất. Xuất hiện lao xương và khớp |
| 5 | Trong vòng 8 năm | Xuất hiện lao thân |
| 6 | Sau 3 năm | Phát triển lao thứ phát do tái nhiễm nội sinh hoặc tái nhiễm ngoại sinh |

Ngoài ra người bệnh còn có thể có triệu chứng như khàn tiếng trong lao thanh quản; nhức đầu, nôn ói, cứng cổ, lơ mơ hay hôn mê trong bệnh lao màng não - một trong dạng lao thường gặp ở trẻ em; đau sưng khớp, biến dạng khớp trong lao xương hay đau bụng, rối loạn tiêu hoá, bụng trướng nước trong lao hệ thống tiêu hoá.

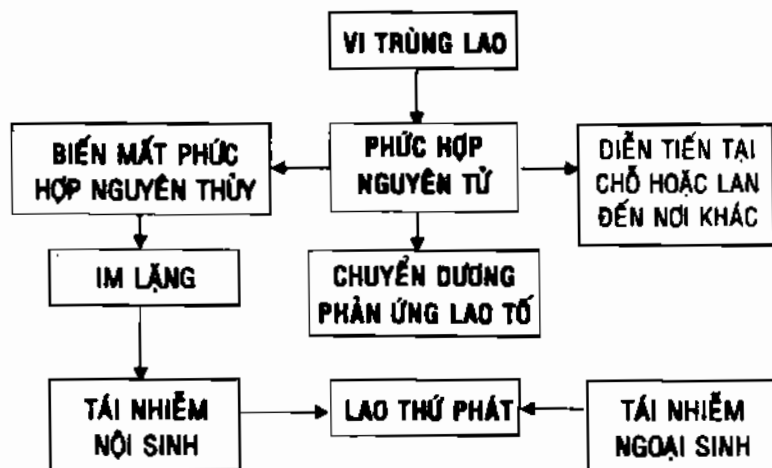
2. Các xét nghiệm cận lâm sàng.

Xét nghiệm đàm tìm vi khuẩn lao là kỹ thuật chẩn đoán đơn giản, chính xác và quan trọng hơn cả, vì phát hiện dễ dàng các thể lao phổi có vi khuẩn, những nguồn truyền bệnh nguy hiểm nhất cho xã hội, cần được chữa sớm và tích cực. Tuy nhiên để tìm được vi khuẩn trong đàm thì thường ở giai đoạn muộn - phổi người bệnh đã bị vi khuẩn lao "ăn thủng" tạo thành những hang lao.

X-quang phổi giúp phát hiện những tổn thương nghi ngờ lao sớm hơn và khi đó người bệnh có thể sẽ không có vi khuẩn lao trong đàm nên xét nghiệm đàm tìm BK (vi khuẩn lao) sẽ âm tính nhưng thực chất người bệnh đã mắc bệnh lao.

Phản ứng lao tố hay test dưới da (IDR) nhằm đánh giá tình trạng nhiễm giúp người thầy thuốc hướng đến chẩn đoán khi kết hợp với các dữ kiện khác chứ không như một số người nghĩ rằng khi phản ứng này dương tính thì mình đã mắc bệnh lao.

Hiện nay có một kỹ thuật hiện đại hơn (cũng có nghĩa là đắt tiền hơn!) là phản ứng khuếch đại



IV. CHẨN ĐOÁN.

Việc chẩn đoán bệnh lao thường căn cứ trên nhiều yếu tố, nhưng phải trải qua 3 bước cơ bản cần thiết: khám lâm sàng, hình ảnh X-quang, xét nghiệm tìm BK trong dịch tiết, đặc biệt là đàm.

1. Triệu chứng lâm sàng.

Biểu hiện đầu tiên là mệt mỏi, chán ăn và gầy ốm, sụt cân từ từ. Tiếp đó là ho - có thể ho khan hay ho khạc đàm và dấu hiệu đáng chú ý nhất là ho khạc đàm có lẫn ít máu. Thường sốt âm ỉ về chiều tối làm cho người cảm thấy mệt mỏi nhiều hơn buổi sáng. Khả năng lao động giảm sút, mất tập trung, giảm trí nhớ. Nếu lao ảnh hưởng đến màng phổi thì người bệnh cảm thấy đau ngực thường tăng lên khi hít thở sâu hay khi ho, kèm khó thở với mức độ tùy theo lượng dịch có trong khoang màng phổi.

chuỗi (PCR), phản ứng này giúp phát hiện sự tồn tại của vi khuẩn lao (còn sống hay xác vi khuẩn chết) trong cơ thể người bệnh giúp thầy thuốc khẳng định chẩn đoán, dĩ nhiên phải kết hợp với các yếu tố khác.

Ngoài ra còn một số xét nghiệm khác như công thức máu (phân tích số lượng và tỷ lệ các loại tế bào máu như hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu), nội soi phế quản và các xét nghiệm tìm các bệnh đi kèm.

V. ĐIỀU TRỊ LAO.

Khi được chẩn đoán lao người bệnh phải trải qua một thời gian điều trị lâu dài và có thể gặp nhiều cảm giác khó chịu khi uống thuốc. Tuy nhiên bệnh lao ngày nay không còn là một trong tứ chứng nan y như ngày xưa nếu người bệnh tuân thủ điều trị một cách nghiêm túc theo sự hướng dẫn của các thầy thuốc. Nếu thực hiện đúng khả năng lành bệnh có thể 95% đến 100%.

1. Các thuốc kháng lao.

Các thuốc kháng lao hàng đầu gồm Rifampicine, Isoniazid, Streptomycine, Ethambutol, Pyrazinamide. Các thuốc hàng hai yếu hơn là: Kanamycin, Viomycine, Capreomycin (dạng chích) và Ethionamid, Cycloserine, Tb₁, PAS (dạng uống). Các thuốc hàng thứ hai mới là : Quinolone, Amocilline, Clavulanate, Macrolide.

2. Phương án điều trị.

Nguyên tắc điều trị là phối hợp nhiều loại thuốc, uống đủ liều lượng, đủ thời gian và liên tục trong ít nhất là 6 tháng.

Nếu trong quá trình điều trị có những bất thường xảy ra thì người bệnh không được tự ý bỏ thuốc hay thay đổi thuốc mà phải được sự hướng dẫn của thầy thuốc chuyên khoa. Một điều hết sức quan trọng cần lưu ý là nếu **điều trị không đúng các nguyên tắc nêu trên thì sẽ nguy hiểm hơn chưa điều trị** bởi vì nếu chưa điều trị bạn sẽ có cơ hội điều trị vào một thời điểm thích hợp còn điều trị **không đúng, đều, đủ** thì bạn sẽ làm cho vi khuẩn trở nên nhờn thuốc và khả năng lành bệnh trong các đợt điều trị sau sẽ rất thấp, và một điều cũng cực kỳ nguy hiểm nữa là nếu một người nào đó bị lây nhiễm từ bạn thì họ sẽ bị nhiễm con vi khuẩn đã kháng thuốc và khả năng chữa trị của họ cũng thật khó khăn. Để khắc phục tình trạng này người ta đã triển khai một chương trình điều trị có thể kiểm soát gọi tắt theo tiếng Anh là chương trình DOTS bắt buộc người bệnh uống thuốc trước sự chứng kiến của nhân viên y tế (thường là phát và uống tại các tổ chống lao quận huyện) nhằm đảm bảo người bệnh tuân thủ nguyên tắc điều trị.

3. Điều trị dự phòng.

Chủng ngừa BCG cho tất cả các trẻ sơ sinh và tái chủng vào tuổi học cấp một. Uống ngừa cho đối

tượng có nguy cơ bị nhiễm lao cao bằng Isoniazid hoặc phối hợp Isoniazid với Pyrazinamide.

V. KẾT LUẬN.

Bệnh lao là một tình trạng nhiễm trùng hoại tử mãn tính gây ra do Mycobacterium Tuberculosis. Bệnh thường bắt đầu do hít phải vi khuẩn lao trong không khí vào trong phổi và vi khuẩn lao sau đó lan tràn đến các cơ quan khác như hạch lympho, màng não, thận và xương bằng đường máu và đường bạch huyết. Tuy nhiên bệnh lao thường xảy ra phổi gây viêm, huỷ hoại mô phổi và tạo hang. Ngày nay, với nạn đại dịch AIDS, sự hiện diện của HIV cùng với nhiễm lao đã làm cho vấn đề sinh bệnh học và miễn dịch học trở nên phức tạp, việc chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa gặp nhiều khó khăn. Virus HIV đã làm cho bệnh nhân lao tưởng chừng như kiểm soát được trên thế giới trở nên bùng phát lại trong thời gian gần đây. Hiện tại chương trình phòng chống lao của chúng ta bên cạnh những thành quả đạt được vẫn còn gặp nhiều khó khăn đặc biệt là tình trạng môi trường, vệ sinh thực phẩm và ý thức điều trị của người bệnh. Và một điều cần nhớ là ***thà chưa điều trị còn hơn điều trị mà không đúng nguyên tắc.***

CÁC BIỆN PHÁP CHẨN ĐOÁN LAO

Thạc sĩ, Bác sĩ **NGUYỄN THỊ THU BA**

Bộ môn Lao và Bệnh Phổi

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Có nhiều biện pháp chẩn đoán bệnh lao phổi như: lâm sàng, X. quang phổi, xét nghiệm phát hiện vi khuẩn lao, phản ứng nội bì bằng Tuberculin (IDR)...

Trên thực tế thì phải bắt đầu từ lâm sàng bao gồm các triệu chứng gợi ý cho chẩn đoán lao như: ho khạc kéo dài, sốt về chiều, sụt cân, chán ăn, làm việc, học hành kém hiệu quả... tiếp theo là các thử nghiệm cận lâm sàng để giúp xác định chuẩn đoán lao.

I. X. QUANG PHỔI.

1. Chiếu điện (Radioscopy).

Chiếu điện còn gọi là rọi X.quang là một phương pháp đơn giản và tiết kiệm có giá trị chẩn đoán tuy không hoàn hảo.

*** Ưu điểm :**

- Khi cần nghiên cứu về mặt "động" của tim, phổi, vòm hoành thì chiếu điện có ưu thế hơn chụp X.quang.
- Có thể chiếu điện để theo dõi tràn khí hay tràn dịch màng phổi.

- Phát hiện sơ bộ tổn thương hoặc để loại trừ tổn thương ở phổi trong khám X. quang hàng loạt thì chiếu điện vẫn có giá trị tiết kiệm phim.

*** Nhược điểm :**

Chiếu điện là phương pháp chủ quan, phụ thuộc vào cá nhân thầy thuốc, không lưu được tài liệu để so sánh.

Chiếu điện làm cho thầy thuốc cũng như bệnh nhân hấp thụ tia X với liều lượng lớn hơn chụp X. quang, không áp dụng cho phụ nữ có thai dưới 3 tháng và trẻ em nhỏ.

Có thể bỏ sót lao kê, lao nốt ở đỉnh phổi hoặc một thâm nhiễm mới nhỏ nằm trong vùng khó phát hiện.

2. Chụp X.quang phổi chuẩn (qui ước).

a. X. quang phổi thẳng :

X.quang phổi thẳng là một hình ảnh tổng hợp gồm nhiều ảnh chồng lên nhau.

Tư thế : Bệnh nhân phải đứng thẳng người, hai tay ở tư thế nắm và xoay hẳn ra sau úp lên hông, hít hơi tối đa vào lồng ngực và nín thở.

Cỡ phim có thể 7 x 7,10 x 10,30 x 40.

X.quang phổi thẳng có thể thấy được các hình ảnh :

- Hình thâm nhiễm do lao thường ở đỉnh phổi.
- Hình hang lao bờ mỏng không có mực nước hơi.

- Hình hạt kê < 3mm đường kính rải rác đều cả hai phổi trong bệnh lao kê

- Hình nốt: 10 - 30mm đường kính, có thể có đóng vôi bên trong gọi là nốt lao.

- Hình xơ là những bóng mờ dày từ 1-3mm có chiều dài vô định thường kết hợp với nhiều hang lao tạo hình ảnh xơ hang trong bệnh lao mãn tính.

- Hình u lao khi đường kính > 30 mm có đóng vôi bên trong.

- Hình ảnh tràn dịch màng phổi hay tràn khí màng phổi.

- Hình mờ do hạch thường thấy trong lao nguyên phát.

b. X. quang phổi nghiêng :

X. quang phổi nghiêng là một yếu tố bổ sung và phân tích X. quang phổi thẳng.

Tư thế: Bên phổi nào có tổn thương thì cho bệnh nhân chụp nghiêng bên đó, đứng áp bên phổi tổn thương vào phim, hai tay giơ cao.

**** Ưu điểm :***

- Xác định khu trú tổn thương lao theo phân thùy và thùy phổi.

- Phát hiện phía sau tim, sau vòm hoành (silhouette sign).

- Nhìn rõ hạch trung thất phì đại hoặc một số trung thất, từ đó chỉ định chụp CT Scan.

- Thấy được tràn dịch phổi khu trú rãnh liên thùy hoặc đầy dính góc sườn hoành.

** Nhược điểm :*

Không thấy rõ vùng đỉnh phổi, nơi thường tập trung tổn thương lao. Bao giờ cũng phải có hình phổi thẳng khi đọc hình phổi nghiêng.

II. CHỤP CẮT LỚP ĐIỆN TOÁN (CT SCAN).

Chụp cắt lớp điện toán là phương pháp tốn kém nên còn ít dùng ở Việt Nam trong chẩn đoán bệnh lao phổi.

Chụp cắt lớp điện toán rất có lợi trong chẩn đoán bệnh phổi và trung thất. Phương pháp này có thể phát hiện những tổn thương có kích thước quá nhỏ hoặc độ đậm quá thấp như hạt kê trong lao kê, hạch lao ở rốn phổi mà X.quang phổi không nhìn thấy hoặc nghi ngờ (lao hạch vùng trung thất), các hang lao ở phổi (kích thước và vị trí), phế quản bị giãn rộng (dãn phế quản) hay bị chít hẹp (rối loạn thông khí), xác định hình thể của tổn thương (u lao, ung thư phổi)...

III. XÉT NGHIỆM PHÁT HIỆN VI KHUẨN LAO.

Vi khuẩn lao là trực trùng que, có tính kháng acid-cồn nên có tên là vi khuẩn kháng acid-cồn: Acid Fast Bacilli (AFB).

1. **Bệnh khuẩn:** Vi khuẩn lao có thể được tìm thấy qua các bệnh phẩm :

- Đàm : 2 hoặc 3 mẫu đàm liên tiếp vào sáng sớm.
- Nước bao tử : bệnh nhân quá nhỏ, già yếu hoặc hôn mê ...
- Các chất dịch : dịch màng phổi, dịch não tủy, dịch rửa phế quản
- Hạch: Hạch cổ, hạch nách.

2. Kỹ thuật xét nghiệm :

a. Phương pháp soi trực tiếp đơn giản :

Đây là phương pháp Ziehl-Neelson cổ điển hay còn gọi là phương pháp kháng acid-cồn.

**** Đọc kết quả:***

- Nếu dương tính nghi AFB màu đỏ kèm theo những ký hiệu sau :

| | |
|--|-----------|
| > 10 vi khuẩn (VK)/1 quang trường (QT) | : (+++) |
| 1-10VK/QT | : (++) |
| 10-99 VK/100 QT | : (+) |
| 1-9 VK /100 QT | : Ghi |
| số cụ thể (vd :4/100) | |

- Nếu âm tính có nghĩa là 300 QT mà không có VK lao : ghi OAFB màu xanh .

b. Phương pháp soi thuận nhất đơn giản :

Cho bệnh phẩm vào ống nghiệm NaOH 4%, sau đó quay ly tâm với tốc độ 2000 vòng/1 phút trong 15-30 phút > phết phần lắng đọng để nhuộm Ziehl - Neelson hoặc cấy.

c. Cây :

Dùng môi trường cấy kinh điển Lowenstein Jensen, nuôi cấy từ 4-8 tuần.

Hiện nay môi trường này được thực hiện để làm kháng sinh đồ khi canh cấy dương tính (+).

*** Đọc kết quả :**

1-6 khuẩn : ghi số khuẩn đếm được

6-20 khuẩn : 6

20-100 khuẩn : 7

100-200 khuẩn : 8

200 khuẩn – không đếm được : 9

> 8 tuần mà không mọc : âm tính

d. Phương pháp chuỗi phản ứng di truyền

PCR:

Phương pháp PCR (Polymerase Chain Reaction) do Young Robinson và cộng sự thực hiện năm 1992 để chẩn đoán nhanh và chính xác vi khuẩn lao.

*** Kết quả :**

Độ nhạy cảm : 95%

Thời gian : chỉ cần 48h

Số lượng vi khuẩn : 3-30 VK/1 ml đàm.

IV. PHẢN ỨNG NỘI BÌ (IDR).

Là phương pháp định lượng duy nhất và test Tuberculin tốt nhất, hiện nay còn đang sử dụng.

1. Kỹ thuật :

Tiêm 0.1ml dung dịch Tuberculin PPD (5TU) đúng trong da, tạo nên một cục sần trông giống như một nốt da cam ở trên da từ 6-10 mm đường kính. Phải thấy có nổi cục sần nếu không thì là tiêm sai kỹ thuật.

2. Kết quả :

Đọc kết quả sau 48 - 72 giờ.

Nếu phản ứng dương tính sẽ thấy một vùng mẩn đỏ (ở người da sạm màu sẽ thấy rõ) và một cục cứng ở da. Có thể sờ thấy cục cứng dù nhắm mắt. Đo đường kính của cục cứng bằng thước đo trong suốt theo chiều ngang cánh tay, phần quầng đỏ xung quanh không quan trọng. Ghi cẩn thận số liệu đó, thí dụ 12mm.

a. IDR dương tính :

Phản ứng IDR dương tính (+) khi cục phản ứng có đường kính từ 10mm trở lên .

b. IDR âm tính :

Khi kết quả âm tính (-), sự phân tích nhận định sẽ phức tạp hơn nhiều.

Ngoại trừ âm tính thật nghĩa là cá thể đó chưa bị nhiễm lao, còn những trường hợp (-) giả như sau :

- Sai kỹ thuật.

- Nguyên nhân sinh lý chung ở cả trẻ em và người lớn làm IDR (-) là sức khỏe toàn thân sa sút,

đinh dưỡng kém. Chỉ cần có chế độ dinh dưỡng hợp lý, sức khỏe hồi phục trở lại và IDR sẽ (+) trở lại.

– Nguyên nhân bệnh lý :

Ở trẻ em, bệnh làm mất dị ứng tạm thời như : sởi, ho gà, cúm, nhiễm các loại siêu vi khuẩn khác.

Ở người lớn, bệnh ung thư và các khối u ác tính, bệnh máu ác tính đặc biệt là Hodgkin và Leucémine.

Sử dụng Corticoid với liều cao kéo dài sẽ làm IDR (-).

V. CÁC BIỆN PHÁP KHÁC :

1. Công thức máu :

- Bạch cầu thường không tăng cao, L% tăng >N%.
- VS tăng cao nhưng không quá 100.
- Hồng cầu có thể giảm.

2. Nội soi phế quản :

Có thể thấy được tổn thương lao phế quản, lấy dịch phế quản tìm vi khuẩn lao. Ngoài ra, những kích thích của cây hô hấp trong nội soi phế quản sẽ gây cho bệnh nhân ho khạc nhiều, vì thế cây đàm sau nội soi phế quản có thể là nguồn giá trị chẩn đoán.

3. Giải phẫu bệnh :

Sinh thiết mô bệnh để xác định chẩn đoán lao trong những trường hợp lao hạch, lao màng phổi, lao khí phế quản ...

LAO VÀ HIV

Bác sĩ NGÔ THANH BÌNH

Bộ môn Lao và Bệnh Phổi

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

I. ĐẠI CƯƠNG.

Bệnh lao là một bệnh cơ hội chủ yếu ở các nước đang phát triển, một biến chứng quan trọng và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới ở bệnh nhân nhiễm HIV, chiếm khoảng 1/3 các trường hợp tử vong liên quan đến AIDS. Kể từ khi trường hợp HIV/AIDS đầu tiên được phát hiện vào năm 1981, dịch nhiễm HIV đã lan tràn mạnh mẽ và trở thành đại dịch toàn cầu làm bùng phát bệnh lao. Sự lan rộng của HIV đã ảnh hưởng sâu sắc đến dịch tễ học, tính chất lâm sàng, kiểm soát và quản lý bệnh lao.

Xuất độ bệnh lao của người nhiễm HIV cao cấp 200 - 500 lần so với người không nhiễm HIV.

Trước năm 1984, tại Hoa Kỳ có sự giảm hàng định số trường hợp bệnh lao mới. Từ năm 1984, số trường hợp bệnh lao mới gia tăng ngày càng nhiều.

Năm 1992, Tổ chức Y Tế Thế Giới ước lượng có khoảng 4 triệu người vừa nhiễm HIV vừa mắc bệnh lao, trong đó 95% ở các nước đang phát triển.

Đến khoảng giữa năm 1994, khoảng 5 - 6 triệu người trên khắp thế giới bị nhiễm cả hai *Mycobacterium Tuberculosis* và HIV.

Năm 1996, châu Phi vùng sa mạc Sahara có khoảng 70% số người bệnh lao và HIV và có khoảng 30 - 70% bệnh nhân lao có phản ứng huyết thanh dương tính với HIV. Trong vòng 5 năm qua, ở Zambia, số trường hợp nhiễm lao tăng gấp 5 lần, ở Malawi tăng gấp 2 lần, ở Thái Lan, số trường hợp bệnh lao và HIV lên đến 50%.

Theo WHO, tần suất bệnh lao và HIV trên toàn thế giới gia tăng gấp đôi từ năm 1990 và 1995 (từ 4% đến hơn 8%) và sẽ gia tăng đến 65% đến năm 2000.

Đến năm 2000, phần lớn 14% của hơn 8 triệu trường hợp bệnh lao có liên quan đến nhiễm HIV, đa số sống ở châu Phi, châu Á, và Đông Nam Á. Ở vài nước châu Phi, trên 50% bệnh nhân lao đều có HIV dương tính.

Ở Việt Nam, bệnh lao và HIV/AIDS đang là một vấn đề mang tính thời sự, được sự quan tâm sâu sắc của tổ chức y tế, cơ quan nhà nước, cộng đồng và xã hội. Tại thành phố Hồ Chí Minh, từ khi phát hiện trường hợp nhiễm HIV đầu tiên năm 1990, và trường hợp bệnh lao và HIV đầu tiên vào cuối năm 1992, số bệnh nhân lao và HIV càng ngày càng gia tăng song hành với dịch nhiễm HIV lan rộng khắp nơi. Năm 1998, đã có 760 bệnh nhân lao và HIV. Bệnh lao bên cạnh bệnh nhân nhiễm HIV tăng dần từ năm 1995 là 6,7%; 1996 là 8,4% và 1998 là 11,2%.

Dịch nhiễm HIV/AIDS đã đặt ra cho các thầy thuốc những thử thách mới trong việc kết hợp lâm

sàng và xét nghiệm trong chẩn đoán và điều trị lao. Nhiễm HIV làm cho việc chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa bệnh lao trở nên khó khăn, tỉ lệ lao đa kháng thuốc và tỉ lệ tử vong tăng cao, và nhất là khi nhiễm HIV chuyển sang giai đoạn AIDS. Ngoài ra, bệnh lao cũng có thể thúc đẩy tiến triển của nhiễm HIV. Biểu hiện lâm sàng của lao và HIV thường khó phân biệt với nhau và với các bệnh nhiễm trùng cơ hội khác.

II. SƠ LƯỢC VỀ NHIỄM HIV/AIDS.

HIV là một loại siêu vi thuộc họ Retrovirus, trực thuộc phân nhóm Lentivirus, được phát hiện năm 1983, là căn nguyên gây ra AIDS.

HIV gồm hai loại : HIV-1 và HIV-2.

- HIV-1 là nguyên nhân chủ yếu của AIDS, được tìm thấy ở Đông Phi và Trung Phi, châu Mỹ, châu Âu, châu Đại dương và châu Á.

HIV-2 được tìm thấy ở Tây Phi là nguyên nhân du nhập AIDS vào Tây Âu và Mỹ, có liên quan chặt chẽ với HIV-1 và gây biểu hiện lâm sàng giống AIDS.

- Một loại Retrovirus thứ ba là HIV-3, gặp ở những vùng có tỉ lệ mắc bệnh AIDS lây truyền qua đường tình dục cao, đặc biệt vùng Đông Nam Á.

1. Nhiễm HIV lây qua 3 con đường :

a. Đường tình dục.

b. Đường máu và sản phẩm của máu.

– *Giai đoạn không triệu chứng*: kéo dài từ 1 đến 20 năm, xảy ra sau giai đoạn cấp tính, có đặc điểm: triệu chứng biến mất, chỉ còn phôi đại hạch lan tỏa. Kháng thể HIV tăng lên. Số lượng vi rút trong máu giảm.

– *Giai đoạn triệu chứng* : thường được gọi là biểu hiện của AIDS, kéo dài vài tháng đến 5 năm.

Tế bào CD_4 , vốn là tế bào điều hòa nhiều chức năng miễn dịch, có một protein về mặt thụ thể đối với HIV. Khi tế bào CD_4 , bị nhiễm vi rút sẽ giảm cả về mặt chức năng lẫn số lượng. Hơn thế, HIV còn có khả năng tạo phiên bản hòa nhập vào DNA của tế bào CD_4 , đưa đến nhiễm trùng tiềm ẩn. Trong suốt thời gian nhiễm HIV, số lượng tế bào CD_4 , tiếp tục bị tấn công và bị phá hủy, tế bào CD_8 , (Lympho T gây độc tế bào và ức chế) tăng.

Số lượng CD_4 , bình thường trong máu từ 750 - 1500 tế bào/ mm^3 . Khi số lượng CD_4 , giảm dưới 200 tế bào/ mm^3 thường bắt đầu biểu hiện giai đoạn AIDS. Tùy mức độ CD_4 , giảm trong máu theo tiến triển của HIV mà có những biểu hiện của nhiễm trùng cơ hội và u ác tính.

4. Đặc điểm lâm sàng của nhiễm HIV/AIDS :

Sau khi nhiễm HIV, sức khỏe bệnh nhân vẫn có thể duy trì tốt trong nhiều năm trước khi tiến triển đến giai đoạn AIDS cũng là hệ thống miễn dịch bị tổn thương nặng nề. Trong giai đoạn đầu có thể

2. Mẹ lây truyền cho con.

2. Cấu trúc HIV :

HIV có cấu trúc hình cầu gồm 2 phần: lớp vỏ và lõi.

- **Lớp vỏ** : Bao xung quanh vi rút và có hai lớp lipid. Trên bề mặt lớp vỏ có khoảng 72 gai nhọn nhô ra chứa hai kháng nguyên p-120 và gp-41.

- **Lõi** : Của vi rút có dạng hình trụ chứa đầy đặc các nucleocapsid, chất liệu di truyền RNA và một số men. Lõi có một số kháng nguyên quan trọng : p18, p24.

3. Sinh bệnh học nhiễm HIV:

Nhiễm HIV là một nhiễm trùng mạn tính do siêu vi và làm suy giảm từ từ chức năng miễn dịch của ký chủ tạo điều kiện cho nhiễm trùng cơ hội hoặc u ác tính (neoplasm) xảy ra. AIDS là hội chứng biểu hiện giai đoạn cuối của nhiễm HIV được đặc trưng bởi tình trạng suy giảm miễn dịch trầm trọng, liên quan đến nhiễm trùng cơ hội, u ác tính hoặc suy giảm miễn dịch qua trung gian tế bào mắc phải.

Nhiễm HIV tiến triển theo 3 giai đoạn:

- *Nhiễm trùng cấp tính hoặc tiên phát* kéo dài 2 đến 12 tuần, với các đặc điểm sau: biểu hiện triệu chứng không đặc hiệu: sốt, mệt mỏi, phù đại hạch toàn thân. Số lượng vi rút trong máu cao. Kháng thể HIV âm tính.

bệnh nhân có biểu hiện nhiễm siêu vi cấp xảy ra sớm 1 tuần sau nhiễm HIV, trung bình kéo dài 3 - 6 tuần. Tần suất các dấu hiệu và triệu chứng trong hội chứng Retrovirus cấp tính: sốt (96%); phù đại hạch bạch huyết (74%); viêm thanh quản (70%); sẩn da (70%); đau cơ hoặc đau khớp (54%); tiêu chảy (32%); đau đầu (32%); nôn và buồn nôn (27%); gan lách to (14%); tưa miệng (12%); sụt cân; và rối loạn thần kinh (12%).

Theo WHO/1985, xác định một trường hợp AIDS lâm sàng khi có ít nhất 2 dấu hiệu chính với ít nhất là một dấu hiệu phụ trong hoàn cảnh không thấy được những nguyên nhân của việc suy giảm miễn dịch.

Tiêu chuẩn xác định nhiễm HIV chuyển sang giai đoạn AIDS lâm sàng:

| Các dấu hiệu chính | Các dấu hiệu phụ |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> + Sụt cân trên 10% trọng lượng cơ thể + Tiêu chảy kéo dài trên 1 tháng + Sốt kéo dài trên 1 tháng | <ul style="list-style-type: none"> + Ho kéo dài trên 1 tháng + Viêm da ngứa toàn thân + Herpes zoster hay tái diễn + Candida họng - thanh quản + Nhiễm herpes simplex kéo dài, lan tỏa + Kaposi' s sarcoma + Viêm màng não do Cryptococcus |

5. Chẩn đoán nhiễm HIV:

Tùy thuộc vào việc xác định các kháng thể HIV và /hoặc phát hiện trực tiếp HIV hoặc một phần của chúng. Các kháng thể của HIV, nói chung xuất hiện trong huyết thanh từ 4 - 8 tuần sau khi bị nhiễm HIV. Có nhiều xét nghiệm giúp chẩn đoán nhiễm HIV nhưng thường dùng hai xét nghiệm huyết thanh học là ELISA HIV-1/2 và Western Blot HIV-1/2.

6. Điều trị nhiễm HIV:

Do cơ chế sinh học bệnh của HIV phức tạp, đột biến gen luôn xảy ra, nên việc điều trị nhiễm HIV gặp nhiều khó khăn, kết quả điều trị còn nhiều hạn chế.

Nhiều loại thuốc kháng vi rút mới đang còn trong giai đoạn thử nghiệm, chưa khẳng định hiệu quả tối ưu khống chế HIV. Dựa vào tác dụng của từng loại thuốc trên chu trình phát triển của HIV, các thuốc chống HIV chia thành 4 nhóm chính :

a. Nhóm thuốc ức chế sự kết dính HIV vào các thụ thể, ngăn không cho HIV xâm nhập vào tế bào

b. Nhóm thuốc ức chế hoạt tính của men sao chép ngược

c. Nhóm thuốc ức chế quá trình chép và dịch mã

d. Nhóm thuốc ức chế sự tập hợp và phóng thích HIV ra khỏi tế bào.

III. SƠ LƯỢC VỀ BỆNH LAO.

Bệnh lao là bệnh nhiễm trùng mà tác nhân gây bệnh là vi khuẩn lao, theo ước đoán sơ nhiễm lao chiếm khoảng 1/3 dân số thế giới và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong số các bệnh nhiễm trùng trên thế giới.

Hiện nay, bệnh lao đang ngày càng có xu hướng gia tăng trên toàn thế giới. Việt Nam không ngoại lệ, tỉ lệ tử vong do lao tăng cao đến mức báo động do mạng lưới y tế và hoạt động chống lao hiệu quả thấp dẫn đến tình trạng lao kháng thuốc lan tràn gây rất nhiều khó khăn cho điều trị. Một vấn đề nổi bật mang tính thời sự trên toàn thế giới, đó là sự lan rộng của bệnh nhân AIDS làm gia tăng sự bùng nổ bệnh lao, nhất là các nước kém phát triển và đang phát triển, làm tăng nguy cơ nhiễm lao.

Nguồn lây lao chủ yếu là do tiếp xúc với những người bị ho khạc, đặc biệt có vi khuẩn lao (BK) trong đàm, tỉ lệ lây lan cao. Đường lây chủ yếu là đường hô hấp do hít phải các chất tiết có chứa BK khi ho khạc, hắt hơi, nói chuyện ...

Vi khuẩn lao do Robert Koch khám phá vào năm 1882, đó là trực khuẩn *Mycobacterium tuberculosis*, vi khuẩn lao có 3 đặc trưng quan trọng là hiếu khí tuyệt đối, sinh sản chậm - tỉ lệ đột biến thuốc kháng lao.

Sự xâm nhập và sự sinh sản của vi khuẩn vào cơ thể sẽ tạo nên các sang thương mà tiến triển liên tục

từ giai đoạn này sang giai đoạn khác như đã được định hình từ trước:

– **Giai đoạn I** : biểu hiện bằng hiện tượng thực bào các vi khuẩn do các đại thực bào, theo sau hiện tượng viêm.

– **Giai đoạn II** : bắt đầu giai đoạn bã đậu hoá, đặc trưng của bệnh lao

– **Giai đoạn III** : thành lập hang, tạo cho vi khuẩn lao phát triển đông đảo

Bệnh lao gồm có hai thể : lao nguyên phát và lao thứ phát.

1. *Lao nguyên phát*: là tổng hợp các biểu lộ, lâm sàng và sinh học của một cơ thể sau lần tiếp nhiễm đầu tiên với trực khuẩn lao.

2. *Lao thứ phát* (còn gọi là lao hoạt động, lao bệnh) : là giai đoạn hai của bệnh lao, chỉ xảy ra khi có sự mất cân bằng giữa khả năng gây bệnh của trực khuẩn lao và sức đề kháng của cơ thể. Khi số lượng và độc tính của vi khuẩn lao vượt quá sức đề kháng của cơ thể, sẽ gây ra những tổn thương huỷ hoại các cơ quan mà vi khuẩn lao hiện diện, thường gặp nhất là tổn thương phổi (vì phổi là nơi thường gặp nhất của bệnh lao chiếm khoảng 90%). Ngoài phổi, vi khuẩn lao còn có thể phát triển tại một số phủ tạng khác, gây nên các loại: lao màng não, lao xương khớp, lao tiết niệu, lao sinh dục, lao các màng (màng phổi, màng bụng, màng tim ...) và lao ruột.

Việc chẩn đoán bệnh lao thường căn cứ trên nhiều yếu tố, nhưng phải trải qua 3 bước cơ bản cần thiết: khám lâm sàng, hình ảnh X-quang, xét nghiệm tìm BK trong dịch tiết, đặc biệt là đàm. Ngoài ra, trong một số trường hợp việc chẩn đoán bệnh lao cũng cần dựa vào giải phẫu bệnh lý cho thấy tế bào khổng lồ hoặc nang lao. Xét nghiệm đàm là kỹ thuật chẩn đoán đơn giản, chính xác và quan trọng.

Điều trị nội khoa lao dựa vào thuốc kháng lao. Ngày nay, nhờ các thuốc kháng lao đặc hiệu đã được tìm thấy mà việc điều trị lần bệnh lao gần như chắc chắn (95 - 100%) nếu điều trị lao một cách đúng đắn và nghiêm túc sau thời gian điều trị ít nhất là 6 tháng. Ngoài thuốc kháng lao, tùy theo thể bệnh, có khi cần tiến hành các phương pháp ngoại khoa phối hợp để làm tăng thêm hiệu quả điều trị lao hoặc giải quyết di chứng lao.

IV. MỐI LIÊN QUAN GIỮA BỆNH LAO VÀ BỆNH HIV/AIDS.

Có vài bằng chứng về mối liên quan giữa dịch nhiễm HIV hiện tại với sự bùng phát của bệnh lao:

- **Thứ nhất**, vì tình trạng AIDS luôn đi kèm với sự suy giảm miễn dịch qua trung gian tế bào nên không có gì ngạc nhiên khi AIDS thường kết hợp với lao hoạt động.

- **Thứ hai**, có bằng chứng dịch tễ học rõ ràng về mối liên hệ giữa 2 bệnh lý này. Những vùng có số

bệnh lao hoạt động gia tăng nhiều nhất thì cũng có số trường hợp AIDS nhiều nhất. Thêm vào đó, những nhóm chủng tộc có số trường hợp AIDS cao nhất cũng có số trường hợp bệnh lao cao nhất.

– **Thứ ba**, có vài nghiên cứu hiện nay cho thấy tỷ lệ mắc bệnh lao trong số trường hợp AIDS gia tăng.

– **Cuối cùng**, biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân nhiễm HIV và bệnh lao gợi ý có mối tương quan chặt chẽ.

1. SINH BỆNH HỌC:

Hệ thống miễn dịch tế bào vừa là cơ chế phòng thủ đầu tiên chống lại lao, vừa là mục tiêu tấn công chính của HIV. Nhiễm HIV gây suy giảm miễn dịch trung gian tế bào, đưa đến tình trạng giảm từ từ, có chọn lọc tế bào Lympho CD₄⁺ và làm suy giảm chức năng thực bào. Và cuối cùng là tình trạng suy giảm miễn dịch nặng nề, biểu hiện bằng nhiễm trùng cơ hội, u tân sinh hay các biến chứng đe dọa tính mạng người bệnh. AIDS chỉ là giai đoạn cuối cùng của bệnh và là hậu quả của việc nhiễm vi rút kéo dài. Mức độ suy giảm miễn dịch do HIV tác động sâu sắc lên loại (type) và biểu hiện nhiễm trùng cơ hội.

a. Ảnh hưởng của nhiễm HIV trên biểu hiện bệnh lao :

HIV làm thay đổi sức đề kháng của ký chủ chống lại vi khuẩn lao do gây suy giảm từ từ miễn dịch qua trung gian tế bào.

Ba hình thái HIV tác động lên bệnh lao :

1. Sự gia tăng đáng kể bệnh lao ở người bị nhiễm HIV là do tăng tái hoạt động của tình trạng nhiễm lao tiềm tàng do suy giảm miễn dịch tế bào, cũng như tỉ lệ nhiễm lao nguyên phát cao hơn sau khi tiếp xúc với M. Tuberculosis.

2. Tình trạng suy giảm miễn dịch do HIV cũng có thể khiến bệnh nhân bị nhiễm lao mới và nhanh chóng tiến triển thành bệnh lao lâm sàng.

3. Bệnh nhân AIDS cũng có thể phát triển lao từ một nguồn tái nhiễm ngoại sinh.

Bệnh nhân nhiễm HIV và M. Tuberculosis có thể biểu hiện lao ở phổi, ngoài phổi hoặc cả hai, nhưng phân lớn bệnh nhân đều có biểu hiện toàn thân của bệnh lao.

b. Ảnh hưởng của bệnh lao trên quá trình nhiễm HIV:

HIV ảnh hưởng trực tiếp trên diễn tiến tự nhiên và biểu hiện lâm sàng của bệnh lao, ngược lại cũng có bằng chứng cho thấy bệnh lao tác động lên bệnh HIV. Trên thực nghiệm, bệnh lao hoạt hóa lympho bào CD₄⁺ làm gia tăng tính nhạy cảm đối với nhiễm HIV, và những tế bào CD₄⁺ bị nhiễm HIV dễ bị kích thích bởi kháng nguyên mycobacterium và làm gia tăng đáp ứng HIV. Các cytokine được tạo ra từ lympho bào và đại thực bào của bệnh nhân lao và HIV làm thay đổi biểu hiện lâm sàng của nhiễm HIV.

2. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG :

Đặc điểm lâm sàng của bệnh lao ở người nhiễm HIV có thể khác so với không nhiễm HIV.

Nhiễm HIV gây ra nhiều bệnh cảnh lâm sàng có biểu hiện triệu chứng giống như bệnh lao.

Nhiễm HIV không làm thay đổi những triệu chứng bệnh lao kinh điển (mệt mỏi, sụt cân, sốt, đổ mồ hôi, ho, chán ăn) nhưng lại làm các triệu chứng này kém phần đặc hiệu.

Các triệu chứng của bệnh lao thay đổi đáng kể tùy vào mức độ suy giảm miễn dịch gây do HIV. Mặc dù, bệnh lao có thể xảy ra bất cứ giai đoạn nào của nhiễm HIV, nhưng lao có khuynh hướng xuất hiện sớm. Thông thường, bệnh lao càng xảy ra ở giai đoạn sớm của nhiễm HIV thì càng có biểu hiện điển hình. Ngược lại, ở những bệnh nhân AIDS, tình trạng suy giảm miễn dịch trầm trọng cho thấy các biểu hiện của bệnh lao không còn điển hình nữa. Những bệnh nhân này có tỉ lệ bệnh lao ngoài phổi cao, biểu hiện X-quang bất thường và phản ứng lao tố âm tính.

Biểu hiện lâm sàng của bệnh lao phổi ở bệnh nhân nhiễm HIV (Theo Hopewell):

*** *Giai đoạn sớm :***

Những biểu hiện điển hình:

- ♦ Tổn thương lao chủ yếu ở phổi.
- ♦ Khu trú thùy trên.
- ♦ Tạo hang.

- ♦ Phản ứng lao tố trong da dương tính (50% - 80%)
- ♦ Đáp ứng tốt với hóa trị liệu.

*** Giai đoạn muộn :**

Những biểu hiện không điển hình:

- ♦ Thường biểu hiện tổn thương lao ngoài phổi (hạch, máu, tủy xương, hệ thần kinh trung ương, thận, màng phổi, gan).
- ♦ X- quang lồng ngực bất thường (thâm nhiễm lan tỏa, thâm nhiễm vùng giữa hay dưới phổi, phì đại hạch trong lồng ngực, tràn dịch màng phổi thường gặp).
- ♦ Phản ứng lao tố trong da dương tính dưới 40%.
- ♦ Đáp ứng tốt với hóa trị liệu.

Tóm lại : Bệnh nhân nhiễm lao và HIV có thể chia thành 2 nhóm :

1. Nhóm được chẩn đoán bệnh lao trước chẩn đoán nhiễm HIV : Nhóm này bị suy giảm miễn dịch ít hơn và có nhiều khả năng có biểu hiện lao điển hình (thâm nhiễm thùy trên và tạo hang). Tuy nhiên, phì đại hạch trung thất và tràn dịch màng phổi có thể xuất hiện trong 10 - 20% các bệnh nhân này.

2. Nhóm có chẩn đoán lao sau khi có chẩn đoán nhiễm HIV: Nhóm này bị suy giảm miễn dịch nhiều hơn, có ít tế bào CD₄⁺ lưu thông hơn và nhiều khả năng biểu hiện lao "không điển hình" và lan tỏa. Tạo hang hiếm thấy hơn và thường gặp phì đại hạch

trung thất, thâm nhiễm dạng nốt kê lan tỏa khắp hai phế trường và tràn dịch màng phổi.

3. CHẨN ĐOÁN :

a. Thử phản ứng lao tố ở da (IDR) :

Theo Hiệp hội kiểm soát và ngăn ngừa bệnh tật Hoa Kỳ, nếu $IDR \geq 5$ mm được xem là dương tính đối với tất cả các bệnh nhân nhiễm HIV. Trong trường hợp bệnh nhân không biết bị nhiễm HIV và biết có tiếp xúc chắc chắn với bệnh lao đang hoạt động hoặc những người chích ma túy và những người thuộc nguy cơ cao nhiễm HIV mà không biết có nhiễm HIV thì cũng được xem là dương tính với $IDR = 5$ mm.

b. Hình ảnh X. quang phổi :

Bệnh lao ở phổi là biểu hiện thường gặp nhất của lao. Bệnh lao ở người nhiễm HIV có biểu hiện ở tổn thương phổi chiếm 60 - 100%, kể cả kèm theo tổn thương ngoài phổi.

Tất cả bệnh nhân nhiễm HIV, nên chụp ngay X.quang lồng ngực tại thời điểm đánh giá đầu tiên, không cần chờ kết quả IDR.

X.quang lồng ngực nên thực hiện cho tất cả bệnh nhân nghi ngờ bệnh lao hoạt động và tất cả những người có IDR dương tính lần đầu.

Chủ yếu là hình ảnh thâm nhiễm nốt kê lan tỏa, rất ít khi tạo hang và thường kèm tràn dịch màng phổi, phì đại hạch trung thất.

c. Vi khuẩn học :

Phân lập *M. Tuberculosis* cần thiết để xác định chẩn đoán bệnh lao. Đàm là bệnh phẩm thường dùng nhất để phát hiện *M. Tuberculosis*.

Phương pháp nhuộm soi đối với vi khuẩn bắt màu acid nhanh (acid-fast bacilli, AFB) dương tính khoảng 60% bệnh nhân nhiễm HIV tương tự như ở nhóm không nhiễm HIV.

Tỉ lệ AFB dương tính giảm theo tiến triển của nhiễm HIV.

Gần đây, phát triển vài kỹ thuật xác định nhanh và chính xác vi khuẩn lao trực tiếp từ đàm.

4. ĐIỀU TRỊ BỆNH LAO TRÊN BỆNH NHÂN NHIỄM HIV :

a. Phác đồ điều trị bệnh lao :

Theo Trung tâm Lao - Bệnh phổi Phạm Ngọc Thạch :

- ♦ Đối với lao mới (Chưa có biểu hiện lao màng não): 2 RHZE/4 - 6 RH (Hoặc 4 - 6 HE).

- ♦ Đối với lao mới có kèm biểu hiện lao màng não: 3 RHZE/6 RH

- ♦ Đối với lao tái phát: 2 SRHZE/RHZE/5 RHE (Hoặc 5K₃ H₃E₃).

Liều thống nhất cho trẻ em và người lớn (tính mg/kg cân nặng) (theo WHO/TB/96-199, Revision of treatment of TB, Guideline for National Programme).

| Thuốc lao | Liều hàng ngày | | Liều 3 lần mỗi tuần | | Liều 2 lần mỗi tuần | |
|-----------|----------------|---------|---------------------|---------|---------------------|---------|
| | Mg/kg | Max(mg) | Mg/kg | Max(mg) | Mg/kg | Max(mg) |
| H | 5 ± 1 | 400 | 10 ± 2 | 600 | 15 ± 2 | 700 |
| R | 10 ± 2 | 600 | 10 ± 2 | 600 | 10 ± 2 | 600 |
| S | 15 ± 3 | 1000 | 15 ± 3 | 1000 | 15 ± 3 | 1000 |
| E | 15 ± 5 | 1200 | 30 ± 5 | 1600 | 45 ± 5 | 2400 |
| Z | 25 ± 5 | 1600 | 35 ± 5 | 2000 | 50 ± 10 | 2800 |

b. Đáp ứng ở bệnh nhân nhiễm HIV :

Có đáp ứng tốt với phác đồ điều trị lao chuẩn. Thời gian âm tính đàm, cải thiện lâm sàng và X.quang phổi giống như ở bệnh nhân lao không nhiễm HIV.

Thời gian sống trung bình ngắn 16 - 22 tháng sau khi có chẩn đoán bệnh lao

Tỉ lệ tử vong cao hơn dự đoán ở bệnh nhân HIV dương tính, với phần lớn tử vong là do nguyên nhân thứ phát xảy ra trên bệnh nhân nhiễm HIV.

Việc kiểm soát điều trị lao có thể phức tạp bởi phản ứng phụ của thuốc và tương tác thuốc xảy ra với tỉ lệ (18%) cao hơn ở bệnh nhân không bị nhiễm HIV.

Hấp thu thuốc cũng là một vấn đề đáng quan tâm ở bệnh nhân nhiễm HIV. Khả năng hấp thu thuốc kém ở bệnh nhân nhiễm HIV.

Lao kháng thuốc thường xảy ra ở bệnh nhân nhiễm HIV. Tỉ lệ tử vong rất cao, với thời gian sống trung bình là 2,1 tháng.

5. PHÒNG NGỪA :

Do tốc độ tiến triển từ lúc nhiễm lao không triệu chứng đến bệnh lao hoạt động ở bệnh nhân nhiễm HIV khá nhanh và trầm trọng, cần phải tiến hành xác định chẩn đoán và điều trị hầu hết các trường hợp bị nhiễm. Tất cả những bệnh nhân bị nhiễm HIV nên được thực hiện IDR như là một phần trong chăm sóc sức khỏe thường quy. Những người có IDR ≥ 5 mm nên được điều trị phòng ngừa với INH (sau khi loại trừ lao hoạt động).

Kiểm soát và theo dõi chặt chẽ nhiễm trùng là một vấn đề quan trọng trong việc ngăn ngừa bệnh lao ở dân số nhiễm HIV. Sự lan tràn bệnh lao thứ phát cho những bệnh nhân nhiễm HIV thường gặp ở nơi đông dân cư, bệnh viện, nơi mà những người nhiễm HIV thường tụ tập.

Bệnh nhân nhiễm vi khuẩn lao còn nhạy cảm với thuốc kháng lao thì đáp ứng tốt với điều trị. Tuy nhiên, nếu bệnh nhân bị nhiễm chủng vi khuẩn lao kháng thuốc hoặc suy giảm miễn dịch thì thời gian điều trị kéo dài, tốn kém và không hiệu quả. Gia tăng tỉ lệ vi khuẩn lao kháng thuốc làm phức tạp thêm cho việc quản lý, kiểm soát các trường hợp lao hoạt động. Tất cả những trường hợp nhiễm HIV mắc lao nên kết hợp với chương trình chống lao quốc gia để được điều trị, quản lý và theo dõi thích hợp.

Tuy nhiên, theo chương trình chống lao ở quốc gia có lưu hành độ lao cao như Việt Nam không đặt

ra vấn đề điều trị phòng ngừa lao ở bệnh nhân nhiễm HIV, vì :

- Nguy cơ tái nhiễm lao lại ngay.
- Vấn đề lao kháng thuốc.

V. KẾT LUẬN.

Dịch nhiễm HIV/AIDS đã có tác dụng sâu sắc lên bệnh lao. Tình trạng suy giảm miễn dịch do nhiễm HIV làm gia tăng số lượng bệnh lao ở các nước không phát triển lẫn phát triển. Thêm vào đó, nhiễm HIV làm thay đổi tiến triển lâm sàng của bệnh lao, khiến khó chẩn đoán hơn và điều trị phức tạp hơn. Tuy nhiên, bệnh lao trên bệnh nhân nhiễm HIV vẫn có thể quản lý và kiểm soát được, nếu chẩn đoán đúng, sớm và điều trị thích hợp. Tuyên truyền, giáo dục và phòng ngừa trong cộng đồng dân số nhiễm HIV sẽ góp phần kiểm soát nguồn lây lao, làm giảm tình trạng bệnh lao bùng phát (nhiễm lao mới, lao tái phát, lao đa kháng thuốc), giảm tỉ lệ tử vong do lao trong cộng đồng, cải thiện và kéo dài cuộc sống bệnh nhân.



LAO MÀNG PHỔI

Bác sĩ TRẦN MINH TRÚC HẰNG

Bộ môn Lao và Bệnh Phổi

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

I. MỞ ĐẦU.

Lao màng phổi là một bệnh khá phổ biến ở Việt Nam. Cứ 6 người bị lao phổi thì có 1 người bị lao màng phổi. Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ (55% so với 45%), 75% các trường hợp ở lứa tuổi 40.

Tràn dịch màng phổi phải chiếm tỉ lệ 50%, tràn dịch màng phổi trái 46% và tràn dịch cả hai bên 4%.

II. LÂM SÀNG.

Bệnh khởi phát cấp tính hay bán cấp, đôi khi âm thầm và được phát hiện do tình cờ khi chụp X - quang ngực nhân dịp kiểm tra sức khỏe. Tuổi bệnh nhân thường là 16 đến 30 tuổi. Tuổi là một yếu tố quan trọng để chẩn đoán nguyên nhân lao trên bệnh nhân tràn dịch.

1. Triệu chứng cơ năng :

- Từ lúc khởi phát bệnh, thể tạng suy sụp, ăn ngủ kém

- Hỏi bệnh nhân để phát hiện nguồn lây lao trong gia đình hay ngoài xã hội.

- Hai triệu chứng cơ năng đáng lưu ý là đau ngực và khó thở.

• Đau tức ngực bên phải hay bên trái. Có thể đau ít như có cảm giác nặng ở đáy phổi hoặc cảm

giác ề ảm ở thất lưng. Đau ở đáy ngực lan lên vai hoặc lan ra sau lưng và đôi khi xuống hạ sườn phải. Đau tăng lên khi ho và khi hít sâu vào.

- Khó thở nhiều hay ít tùy theo số lượng dịch, khó thở gia tăng khi hoạt động gắng sức.

- Khó thở xuất hiện rõ rệt khi lượng dịch khá nhiều (trên 2 lít) làm trung thất và tim bị đẩy lệch sang phía đối diện. Khi tần số thở gia tăng lên trên 30 lần/phút, bệnh nhân thở nông, vã mồ hôi và rơi vào tình trạng suy hô hấp cấp. Trong trường hợp này, cần phải rút dịch màng phổi cấp cứu.

Ngoài ra bệnh nhân còn có thể :

- Sốt.

- Ho khan, ho từng cơn ngắn nhưng làm đau ngực nhiều, ho khi làm việc hay thay đổi tư thế.

2. Triệu chứng thực thể.

Bệnh nhân thường nằm nghiêng về bên tràn dịch để dịch không ép vào trung thất và bệnh nhân thường ít xoay trở mình vì sợ khó thở, thường bệnh nhân ở tư thế nửa nằm nửa ngồi.

Quan sát thấy bệnh nhân xanh xao, hốc hác hay mệt mỏi, lưỡi đỏ, mạch nhanh đều.

Các dấu hiệu khó thở: nhịp thở nhanh, co kéo các cơ hô hấp phụ, tím tái.

Khi thăm khám thấy nửa lồng ngực bên tràn dịch ít di động theo nhịp thở và có vẻ hơi căng phồng.

Hội chứng ba giảm :

- Sờ : không còn rung thanh.

- Gõ : thấy âm đục đồng đều ở đáy ngực, dịch càng nhiều thì vùng đục càng cao và lan lên vùng nách nhiều hơn vùng dưới đòn.

- Nghe : không thấy tiếng rì rào phế nang, đôi khi nghe thấy tiếng cọ màng phổi ở phía trên vùng có dịch.

- Ngoài ra, phải khám toàn diện bệnh nhân, đặc biệt chú ý tới các vùng hạch, nhất là hạch thượng đòn, hạch nách và khám cột sống, xương khớp, bộ phận tiết niệu, sinh dục.

III. CẬN LÂM SÀNG :

1. X.quang :

Chụp lồng ngực thẳng sau - trước và nghiêng phải hoặc trái ở tư thế đứng có thể gặp những tình huống sau :

a. Tràn dịch màng phổi lượng ít :

Góc sườn hoành ngoài bị mờ và tù. Khi thấy dấu hiệu này thì số lượng dịch màng phổi ít nhất cũng lên tới 0,5 lít và dịch đọng ở góc sườn hoành sau và góc này rất sâu.

Trên phim chụp nghiêng, sẽ thấy góc sườn sau mờ hoàn toàn. Có thể cho bệnh nhân nằm nghiêng bên nghi có tràn dịch để chụp X quang phổi. Màng phổi thành ngoài sẽ mờ nhiều do có đọng một lớp dịch.

b. Tràn dịch màng phổi lượng trung bình :

Bóng mờ đậm đồng đều ở nửa dưới phế trường nối tiếp với bóng mờ của bụng. Trên phim thẳng, giới hạn trên của bóng mờ không rõ nét nhưng rõ ràng lõm lên trên và vào trong, ở phía ngoài bóng mờ cao vút lên đến hố nách tạo nên một nửa đường cong parabol, đó là đường cong Damoiseau.

Trên phim nghiêng không còn nhìn thấy vòm hoành, nửa dưới lồng ngực mờ đều với giới hạn trên không rõ nét nhưng cũng thấy là lõm lên trên.

c. Tràn dịch màng phổi lượng nhiều :

Mờ toàn bộ nửa lồng ngực từ vòm hoành lên đỉnh phổi. Trung thất và tim bị đẩy sang phía đối diện. Điều này chứng tỏ trung thất còn mềm mại.

Về nguyên tắc, nếu trên phim X.quang, tràn dịch gây mờ một nửa phía dưới hoặc toàn bộ nửa lồng ngực thì sau khi hút kiệt dịch, phải chụp lại để phát hiện tổn thương ở nhu mô phổi nếu có.

d. Tràn dịch màng phổi khu trú :

Đặc biệt ở vùng rãnh liên thùy : mờ đồng nhất giữa phổi trên phim X quang thẳng và trên phim X quang nghiêng có hình ảnh con thoi nằm ngang phế trường.

Tràn dịch khu trú rất dễ nhầm lẫn với các u phổi. Hiện nay có thể chẩn đoán bằng siêu âm các trường hợp tràn dịch màng phổi tru khu.

e. Tổn thương phổi kết hợp với tràn dịch :

Tổn thương phổi thường gặp nhất là vùng đỉnh, giúp nhiều cho việc chẩn đoán lao màng phổi.

f. Hình ảnh tràn dịch tràn khí với mực nước ngang :

Trong trường hợp hay lao màng phổi đã gặp tai biến, vỡ phế nang hay dò phế quản, dịch màng phổi hóa mủ.

2. Chọc dò màng phổi :

Chọc dò màng phổi là thủ thuật nhất thiết phải làm để xác định thực sự có tràn dịch, vì trong một số trường hợp tràn dịch tuy đã tồn tại từ lâu nhưng đã khô, mặc dù trên X.quang có bóng mờ rộng nhưng đó chỉ là hình ảnh màng phổi dày dính. Chọc dò đúng quy cách và vô trùng luôn luôn là điều cần thiết. Dịch màng phổi rút ra lần đầu phải được làm xét nghiệm ngay. Trong lao màng phổi điển hình, dịch hút ra màu vàng chanh, trong. Cũng có trường hợp màu hồng (hồng cầu trên $10000/\text{mm}^3$) hoặc đã vàng đục hoặc thành mủ (xác bạch cầu bị huỷ hoại). Tràn dịch màng phổi màu máu và tràn mủ màng phổi có thể do lao nhưng đã thêm yếu tố khác làm cho chẩn đoán và cách điều trị phức tạp hơn.

3. Xét nghiệm dịch màng phổi:

a. Sinh hóa.

– Lượng albumine thay đổi từ 40g/l - 70g/l, Rivalta (+)

- Lượng glucose < 60mg.
- LDH (lactic dehydro) : men cần thiết cho chuyển hóa glucose dịch tiết LDH 200UI.
- pH của dịch < 7,3 hướng nghi ngờ đến lao.
- Adenosine deaminase tăng trong lao (để chẩn đoán phân biệt với những nguyên nhân khác).

b. Tế bào.

Trong lao điển hình, lympho chiếm 80 - 90% thành phần các tế bào.

c. Vi khuẩn.

Tìm thấy vi khuẩn lao, chủ yếu là cấy.

Tùy theo từng tác giả, cấy dương chỉ khoảng 20 - 40% các trường hợp tràn dịch do lao. Gần đây ở một số nước Âu Mỹ, người ta đã dùng tích tụ điện di để tìm BK trong dịch màng phổi, nâng cao tỉ lệ dương tính các trường hợp soi trực tiếp.

Hiện nay làm PCR lao là phương pháp chọn lọc để phát hiện vi khuẩn lao.

4. Sinh thiết màng phổi :

Sinh thiết màng phổi là một thủ thuật không gây tai biến, cho kết quả dương tính thường xuyên và nhanh hơn cấy, 80% lao màng phổi sinh thiết dương tính. Trong mảnh sinh thiết màng phổi có thể thấy u hạt chứa bã đậu. Có thể làm sinh thiết hai hay nhiều lần nếu lần đầu cho kết quả âm tính. Ngoài ra, mẫu mô sinh thiết cũng cho kết quả với tỉ lệ dương tính cao (70%).

5. Soi màng phổi :

Đòi hỏi kỹ thuật phức tạp hơn nên không được thông dụng. Được sử dụng chủ yếu để làm chẩn đoán phân biệt các trường hợp tràn dịch khó xác định nguyên nhân. Qua soi màng phổi được nhìn thấy tổn thương và làm sinh thiết tại chỗ sẽ tăng phần chính xác cho việc sinh thiết màng phổi.

6. Các xét nghiệm khác :

- Tìm BK trong đàm : cần được thực hiện đối với tất cả các trường hợp tràn dịch. Nếu có vi khuẩn lao trong đàm, tất nhiên có tổn thương ở phổi phổi hợp với tổn thương màng phổi.

- IDR: thường là dương tính mạnh trong lao màng phổi.

- Tốc độ lắng máu : đây là xét nghiệm không đặc hiệu của lao. Có rất nhiều bệnh khác làm tăng tốc độ lắng máu. Trong lao màng phổi, VS cũng gia tăng.

7. Siêu âm :

Siêu âm giúp xác định nhanh chóng tràn dịch màng phổi và định vị rõ ràng trong trường hợp tràn dịch màng phổi khu trú, giúp ích cho việc chọc dò chính xác hơn.

IV. CHẨN ĐOÁN DƯƠNG TÍNH LAO MÀNG PHỔI.

Dựa vào :

a. Lâm sàng :

- Sốt, gầy sút, ăn ngủ kém, đau ngực, khó thở.

- Hội chứng ba giảm.

b. Cận lâm sàng:

- X quang : mờ đồng nhất một phần phổi, đường cong Damoiseau.

- Siêu âm : hình ảnh tràn dịch toàn phần hay khu trú.

- Chọc dò màng phổi :

- Dịch vàng chanh
- Dịch tiết
- Đường giảm
- Tế bào lympho chiếm đa số

- Sinh thiết màng phổi: tràn dịch màng phổi do lao được nghĩ đến cơ chế vỡ ổ lao nhỏ vào khoảng màng phổi, từ đó gieo rắc protein lao (tuberculoase protein) và vi khuẩn lao sống vào khoang màng phổi. Sự gieo rắc này sẽ tạo thành u hạt nhiễm bệnh trên màng thành và màng tạng. Vì thế chỉ định sinh thiết là cần thiết để phát hiện tổn thương này.

- Các xét nghiệm khác

- IDR dương tính
- VS tăng

V. DIỄN TIẾN.

Trong lao nguyên phát, lao màng phổi không điều trị sẽ tự lành từ 1 - 4 tháng. Tuy nhiên lao tiến triển sẽ xuất hiện trong 2/3 trường hợp trong vòng 5 năm sau.

1. Giai đoạn tiêu dịch :

– Thuận lợi nhanh chóng: trong 2-3 tuần lễ hết dịch, mất các triệu chứng lâm sàng.

– Dai dẳng: dịch tăng nhiều gây khó thở, phải rút dịch nhiều lần, kéo dài 2-3 tháng, tổng trạng hồi phục chậm chạp, diễn tiến này thường là của các trường hợp không điều trị đặc hiệu hay điều trị không đúng cách hoặc lao màng phổi phối hợp với các bệnh khác.

– Có những tai biến điều trị đặc biệt :

- Sốt cao khi có bội nhiễm tạp trùng

- Tràn dịch màu máu: ngay lần chọc dò đầu tiên, hoặc dịch vàng chanh đổi sang màu hồng cũng không rõ nguyên nhân.

- Tràn mủ màng phổi ngay lần chọc dò đầu đã thấy nước vàng đục hay mủ thật sự, có khi dịch vàng trong khởi phát sau đó đổi sang mủ.

2. Giai đoạn sau khi tiêu dịch :

– Tốt nhất: màng phổi có thể trở lại bình thường, không có dấu hiệu nào trên X.quang

– Dày dính màng phổi: trên X.quang thấy góc sườn hoành mở, dày dính này có thể lên cao hơn khiến mờ đồng nhất cả đáy phổi, có thể một đường đậm theo bờ ngoài của phổi lên tới đỉnh hoặc một đường đậm ngang phổi, dấu hiệu của dày dính rãnh liên thùy.

– Nặng nhất là dày toàn diện màng phổi thể hiện bên ngoài với hình ảnh xẹp một bên của lồng ngực với các khoảng liên sườn co rút. Trên X.quang là mờ đồng nhất nửa phế trường, trung thất bị co kéo, các khoảng liên sườn khép lại, phổi không còn hoạt động.

3. Diễn tiến trong tương lai xa.

Quan trọng ở khả năng phát triển lao phổi, sớm hay muộn tùy trường hợp nếu không điều trị lao.

VI. ĐIỀU TRỊ.

1. Điều trị đặc hiệu:

Tiến triển của lao màng phổi tương đối thuận lợi với điều kiện thầy thuốc phải nắm vững những nguyên tắc :

– Sử dụng ba loại thuốc kháng lao hàng ngày trong 3 tháng đầu, sau đó dùng hai loại thuốc uống mỗi tuần hai lần trong 6 tháng.

– Uống thuốc đúng liều lượng và uống một lần duy nhất vào sáng sớm lúc đói bụng

Các phác đồ điều trị lao màng phổi theo chương trình chống lao:

• 3SHZ/6S₂H₂ áp dụng cho lao màng phổi đơn thuần.

• 3RHE/6R₂H₂E₂ áp dụng cho lao màng phổi kèm theo lao phổi tái phát.

• 2SHRZ/6R₂H₂ áp dụng cho lao màng phổi kèm theo lao các cơ quan khác.

Trên thực tế, 98% bệnh nhân lao màng phổi điều trị tốt với công thức 3SHZ/6S₂H₂ (hết dịch, không dày dính hay dày dính nhẹ).

2. Điều trị triệu chứng:

– Liệu pháp Corticoid có tác dụng chống viêm, giảm tiết dịch và chống dày dính. Nhưng Corticoid có khuyết điểm là làm suy giảm miễn dịch

– Chọc hút dịch màng phổi là thủ thuật có giá trị điều trị quan trọng và quyết định kết quả điều trị. Chọc hút cần thực hiện ngay từ đầu, chọc hút thêm nếu lượng dịch vẫn còn. Thông thường mỗi tuần chọc hút 2 lần đến khi hết dịch.

3. Điều trị phục hồi chức năng hô hấp :

Bệnh nhân phải được hướng dẫn tập luyện sớm ngay sau khi hết sốt nhưng vẫn còn dịch màng phổi. Phải tập hàng ngày và thời gian tập kéo dài 3 tháng. Kết quả sẽ được đánh giá bằng các tham số chức năng hô hấp ngoài (thông khí có thể tăng được 20 - 30%).

Bệnh nhân bị tràn dịch màng phổi thường hay nằm nghiêng về phía phổi bệnh để có thể thở dễ dàng. Chính tư thế này làm phổi bị dính và dày lên.

Khi nằm nghiêng về bên phổi bệnh, do áp suất các phủ tạng trong bụng, vòm hoành ở dưới bị đẩy lên cao về phía lồng ngực và ít di chuyển theo nhịp thở.

LAO KHỚP VÀ CỘT SỐNG

Bác sĩ QUANG VĂN TRÍ

Bộ môn Lao và Bệnh Phổi

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

I. ĐẠI CƯƠNG.

Trong các bệnh viêm khớp cột sống và đĩa đệm do vi khuẩn thì lao đứng hàng đầu, đồng thời trong các bệnh lao xương khớp, lao cột sống chiếm hơn 1/3 các trường hợp.

Bệnh được mô tả đầu tiên vào cuối thế kỷ XIX do một thầy thuốc ngoại khoa người Anh là Percivall Pott, do đó bệnh còn được gọi là bệnh Pott (mal De Pott).

Ngày nay bệnh hiếm gặp ở các nước đang phát triển, ở nước ta bệnh còn gặp nhiều, thường chẩn đoán và điều trị muộn nên có nhiều hậu quả trầm trọng.

Lao cột sống thường xuất hiện sau lao xơ nhiễm vài năm, ở ta thấy lao phổi, màng phổi hạch tới 70%. Vi khuẩn lao đi đến cột sống bằng đường máu.

Bệnh thường gặp ở người lớn từ 20 - 40 tuổi chiếm 60% nam nữ mắc ngang nhau, người ta thấy lao cột sống hay xuất hiện ở những người được ghép phủ tạng (thận, tim ...).

– Về tổn thương: vi khuẩn lao thường gây tổn thương ở đốt sống và đĩa đệm cùng một lúc, hay gặp là hai đốt sống trên dưới và một đĩa đệm ở giữa vùng lưng và thắt lưng chiếm trên 90% trường hợp (từ

lưng 8 đến thất lưng 2) tổn thương chỉ thấy ở phần trước của cột sống.

- Với những tiến bộ về các thuốc chống lao đặc hiệu, ngày nay lao cột sống được chữa khỏi gần như hoàn toàn, nếu được chẩn đoán và điều trị sớm.

II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG.

Người ta chia sự tiến triển của bệnh thành 3 giai đoạn :

A. Giai đoạn khởi phát:

1. Dấu hiệu cơ năng : chủ yếu là đau

Đau tại chỗ : đau ở vùng cột sống bị tổn thương, cố định ở vị trí đó không thay đổi, đau tăng khi vận động, đi lại, mang vác, giảm khi nghỉ ngơi, sau tăng dần, đau liên tục ngày đêm.

2. Dấu hiệu toàn thân :

Có dấu hiệu nhiễm lao, sốt về chiều, khám các bộ phận tìm thấy tổn thương lao phối hợp trên 50% trường hợp (lao phổi, màng phổi, hạch ...).

3. X quang và xét nghiệm:

- a. X.quang rất quan trọng để giúp cho chẩn đoán
- b. Phản ứng Mantoux chỉ (+) ở 90% trường hợp

B. Giai đoạn toàn phát:

Khi không được chẩn đoán và điều trị đặc hiệu bệnh tiến triển sau nhiều tháng, tổn thương phá huỷ đốt sống và đĩa đệm tạo thành các túi áp xe lớn đồng

thời có biến dạng cột sống và có dấu hiệu chèn ép. Trên 80% bệnh nhân nước ta chẩn đoán trong giai đoạn này.

Hội chứng chèn ép: chèn ép vào tủy, đuôi ngựa, tứ chi, liệt hai chân, rối loạn cảm giác, yếu cơ lực đến mức độ nặng liệt cứng.

C. Giai đoạn cuối:

Không được điều trị hoặc cơ thể quá suy yếu bệnh nặng dần, liệt nặng, chết vì nhiễm khuẩn phụ lao lan sang các bộ phận khác là lao màng não tủy, lao màng tim, màng phổi và chết vì suy mòn.

III. LAO CÁC KHỚP NGOẠI BIÊN.

Phần lớn chỉ một khớp hay gặp nhất là khớp háng cũng giống như lao ở các bộ phận khác, lao các khớp ngoại biên chia làm 3 giai đoạn cần chú ý là giai đoạn sớm mặc dù các dấu hiệu khá kín đáo, nhưng nếu phát hiện được thì điều trị rất tốt không để lại các di chứng.

A. Giai đoạn khởi phát:

Bệnh có thể bắt đầu bằng hai cách:

- Tổn thương lao từ đầu xương sang sụn khớp và màng hoạt dịch đây là thể lao xương - khớp kinh điển.

- Tổn thương xuất phát ngay từ màng hoạt dịch rồi sau đó mới lan sang sụn khớp, đầu xương thể này hiện nay hay gặp, chẩn đoán rất khó khăn.

I. Dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm chung:

Biểu hiện ở khớp: sưng, nóng, đỏ, đau hạn chế vận động và teo cơ giống như mọi loại viêm khớp khác không có gì đặc hiệu.

II. Dấu hiệu X quang: Hẹp khe khớp.

B. Giai đoạn toàn phát.

Trong giai đoạn này, tổn thương lan rộng, mức độ phá huỷ nhiều, phần đầu xương sụn khớp và bao khớp đều có các tổn thương lao, dịch khớp tiết nhiều, hình thành các áp xe lạnh do bã đậu. Cơ năng của khớp cũng bị ảnh hưởng nhiều và nếu khỏi bao giờ cũng để lại di chứng. Chẩn đoán thường dễ so với gian đoạn khởi phát.

I. Dấu hiệu chung:

Bệnh nhân mệt mỏi, gầy sút nhiều, sốt rõ rệt, khớp đau và hạn chế vận động nhiều. Nếu khớp nông, thấy sưng khá to, da bên ngoài nổi tĩnh mạch, sờ thấy nóng, bao khớp dày lên. Có thể thấy lở rò chảy dịch hoặc bã đậu kéo dài nhiều tháng. Cơ của đoạn chi liên quan teo rõ rệt, nổi hạch ở vùng gốc chi.

II. Biểu hiện ở từng khớp:

1. Khớp háng:

Bệnh nhân đau, đi đứng hạn chế nhiều, các cơ đùi và mông teo rõ, hạch nổi ở bẹn. Khám tìm các điểm đau của khớp háng, sự hạn chế các động tác, tìm các ổ áp xe lạnh ở phần bẹn và mông (có khi

thấy lỗ rò) X.quang thấy tổn thương lao, rõ nhất là phần bên ngoài của chỏm xương đùi.

2. Khớp gối:

Sưng to nhiều, hạn chế vận động, đau và nóng. Khám thấy da nổi lên tĩnh mạch, có thể thấy lỗ rò, bao khớp dày, ổ khớp có nhiều dịch, động tác gấp duỗi hạn chế, tìm các ổ áp xe lạnh ở dưới cơ tứ đầu, hông khoeo, phía sau cơ tam đầu cẳng chân. Trên hình ảnh X quang thấy tổn thương rõ nhất là phần mâm chày và phía sau lõi cầu dưới xương đùi.

3. Cổ chân :

Sưng to ở bốn vị trí trước và sau của hai mắt cá, bàn chân ở tư thế hơi duỗi, vận động hạn chế, thường thấy áp xe lạnh ở phía ngoài mắt cá ngoài. Trên hình ảnh X quang thường thấy tổn thương phần trên xương sên và phần đầu dưới xương chày.

Trước đây khi chưa có điều trị thuốc chống lao đặc hiệu mà chỉ với cố định đơn thuần, sau khi mắc bệnh từ hai đến ba năm, tổn thương lao ngừng phát triển, áp xe lạnh xẹp bớt đầu xương vôi hóa trở lại, phần xương sụn được viêm bao bọc bởi một vùng xơ khớp bị dính một phần hay toàn bộ, bao khớp bị xơ hóa nhiều hay ít. Ta có thể coi bệnh ổn định tuy nhiên vi khuẩn lao còn tồn tại rất lâu ở vùng tổn thương.

Về lâm sàng, khớp giảm sưng, các túi áp xe lạnh thu nhỏ dần, các lỗ rò có thể khỏi để lại các sẹo xấu, bệnh nhân chỉ đau khi vận động nhiều. Vận động nhiều hạn chế hay ít các dấu hiệu toàn thân tốt lên

rõ rệt, tăng cân, không sốt. Ở trẻ em lao khớp ngoại biên khi ở giai đoạn ổn định, cơ năng khớp có thể ổn định được nhiều và bệnh ít tái phát. Ở người lớn, giai đoạn này không bền vững, thường hay tái phát. Nếu điều trị không tốt có thể biến chứng lao lan sang các bộ phận khác hoặc rò mủ kéo dài có nhiễm khuẩn phụ.

Với các phương pháp điều trị mới, thời gian diễn biến của lao khớp rút ngắn rất nhiều, chức năng vận động được bảo tồn nhiều, ít biến chứng. Chẩn đoán và điều trị càng sớm thì tiên lượng càng tốt.

IV. ĐIỀU TRỊ LAO KHỚP VÀ CỘT SỐNG.

1. Nội khoa.

Vấn đề cố định:

- Cố định trong suốt thời gian tiến triển của bệnh.
- Tùy trường hợp, thời gian từ cố định từ 3-6 tháng
- Những tổn thương nhẹ, được chẩn đoán sớm chỉ cần nằm nhiều tránh các vận động và mang vác nặng, không cần cố định bằng bột.

2. Nội khoa :

a. Chỉ định ngoại khoa: trong các trường hợp sau:

- Lao cột sống có nguy cơ ép tuỷ hoặc đã ép tuỷ.
- Lao có ổ áp xe lạnh tại chỗ hoặc di chuyển xa.
- Tổn thương lao phá huỷ đầu xương nhiều gây bán trật khớp hay trật khớp.

b. Phương pháp mổ:

- Mổ sớm sau điều trị nội khoa một thời gian, sau mổ tiếp tục điều trị nội khoa từ 2 - 4 tháng.
- Sau mổ cần cố định bằng bột từ 2 - 3 tháng.
- Phương pháp mổ sẽ tùy trường hợp cụ thể: cắt bỏ màng hoạt dịch, lấy ổ áp xe, lấy xương chết, cắt đầu xương, làm cứng khớp, giải phóng chèn ép.

V. NHIỄM TRÙNG NIỆU.

1. Lao niệu:

a. Nắm được các đặc điểm của lao về đường vào của vi trùng các thương tổn giải phẫu bệnh và sự tiến triển của bệnh.

b. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng chẩn đoán và điều trị nội khoa.

c. Các di chứng của lao niệu và chỉ định điều trị ngoại khoa.

2. Nhiễm trùng niệu không đặc biệt:

Biết được:

a. Đường xâm nhập của vi trùng.

b. Đặc điểm của nhiễm trùng đường niệu trên và đường niệu dưới

c. Đặc điểm về giải phẫu, và từ đó biết được cách điều trị trong nhiễm trùng đường niệu trên và đường niệu dưới.

A. ĐẠI CƯƠNG:

Nhiễm trùng niệu có đặc điểm chung là:

– Có vi khuẩn trong nước tiểu, có thể phát hiện được qua nuôi cấy.

– Có nhiều bạch cầu hoặc tế bào mủ, kèm theo có cả hồng cầu trong nước tiểu.

Có hai trường hợp nhiễm niệu là:

1. Nhiễm trùng niệu đặc hiệu, gây nên bởi một loại vi khuẩn: đây là trường hợp lao niệu

2. Nhiễm trùng niệu không đặc biệt, gây nên bởi nhiều chủng loại vi khuẩn, thông thường là vi khuẩn đường ruột.

B. LAO NIỆU SINH DỤC:

Là một trường hợp lao ngoài phổi thường gặp nhất: lao niệu thường xuất hiện muộn hơn sau lao sơ nhiễm đầu tiên và hay kèm theo với lao sinh dục ở nam giới. Thường gặp ở tuổi trung niên, 30 - 45 tuổi, nhưng cũng có thể gặp ở trẻ con và người già.

Vi khuẩn lao xâm nhập vào đường thận thông qua đường máu, do đó cả hai thận có thể bị nhiễm lao, nhưng thông qua các thương tổn lao thể hiện rõ rệt ở một bên thận.

1. Giải phẫu bệnh:

Thương tổn ban đầu là những "củ lao" nằm trong chủ mô thận. Các củ lao phát triển lớn và gắn với nhau sau đó trở thành bã đậu hóa để tạo thành một hang lao. Ban đầu, hang lao chưa thông với đài thận nên chưa có thể hiện qua lâm sàng. Đó là hang lao

kín. Khi hang lao phát triển lớn sẽ vỡ vào một đài thận. Lúc bấy giờ vi khuẩn lao xuất hiện trong nước tiểu, và bệnh sẽ thể hiện ra các dấu hiệu lâm sàng.

Vi khuẩn lao sẽ đi theo dòng nước tiểu và ngược dòng của đường dẫn tinh, sẽ gây ra các thương tổn lao trên đường đi của nó: ở đài thận, bể thận niệu quản, bàng quang, tiền liệt tuyến, túi tinh, mào tinh hoàn. Ít khi thương tổn lao lan đến tinh hoàn.

– Vi khuẩn lao sẽ phá huỷ các tổ chức, gây ra những hang lao ở chủ mô thận, viêm loét ở niêm mạc của đường tiết niệu.

– Song song với quá trình phá huỷ của vi khuẩn lao, cơ thể sẽ phản ứng tự vệ bằng cách hình thành những tổ chức xơ ở chung quanh để khu trú và hạn chế quá trình phát triển của thương tổn lao. Các tổ chức xơ sẽ co rút lại để thu hẹp các tổn thương, nhưng nếu xảy ra ở phần rộng như đài bể thận, niệu quản và bàng quang, thì nó sẽ gây ra hiện tượng bít hẹp ở các phần trên vẫn còn tồn tại và đó là di chứng cần phải được giải quyết bằng phẫu thuật tạo hình sau này.

Tóm lại: Vi khuẩn lao khoét các tổ chức đặc và làm hẹp các tổ chức rộng

Các di chứng hẹp sẽ gây các biến chứng là:

– Hẹp bể thận, niệu quản, gây ra thận chướng nước hoặc chướng mủ.

– Hẹp bàng quang gây ra hội chứng bàng quang nhỏ.

- Hẹp ống dẫn tinh đưa đến vô sinh.

2. Lâm sàng:

a. Ở giai đoạn đầu:

Khi hàng lao còn kín thì chưa có triệu chứng lâm sàng về tiết niệu bệnh nhân có thể có các dấu hiệu toàn thân lao như:

- Sốt nhẹ về chiều.
- Kém ăn.
- Sút cân.

b. Ở giai đoạn lâm sàng:

- Dấu hiệu nổi bật nhất là dấu hiệu của bàng quang (hàng lao đã vỡ vào đài thận)

- Bệnh nhân đái buốt, đái rất, đái nhiều lần, như trong trường hợp viêm bàng quang nhưng điều trị bằng thuốc kháng sinh thông thường, bệnh không thuyên giảm

- Dấu hiệu ở bàng quang có thể là dấu hiệu duy nhất mà bệnh nhân cảm nhận được khi bệnh mới phát. Các dấu hiệu ở thận thường rất lu mờ: bệnh nhân có thể thấy ê ẩm ở vùng thắt lưng, nhưng không có gì đặc biệt. Chỉ trong trường hợp thận ứ mủ, thì mới có thể sờ thấy thận to.

Tóm lại: Trong lao niệu bàng quang kêu to các thương tổn của nó, trong khi đó thì thận chết một cách âm thầm.

c. Đối với nam giới:

- Khám tinh hoàn, có thể thấy được nhân cứng ở mào tinh hoàn, không đau và chủ mô của tinh hoàn bình thường

- Thăm tiền liệt tuyến qua trực tràng và có thể thấy được nhân cứng ở một thùy bên của tiền liệt tuyến (TLT) và cho tay vào sâu, ở góc trên TLT có thể sờ thấy túi tinh bị xơ cứng.

3. Cận lâm sàng:

a. Các dấu hiệu của lao nói chung:

- Tốc độ huyết lắng tăng cao
- Thử phản ứng lao tố dương tính

b. Các dấu hiệu của lao niệu:

- Dấu hiệu vi khuẩn đặc trưng là tìm thấy vi khuẩn lao trong nước tiểu. Vi khuẩn lao thường khó tìm thấy vì xuất hiện không thường xuyên trong nước tiểu và số lượng vi khuẩn thường cũng rất ít. Do đó phải thử trong 3 ngày liên tiếp: cho bệnh nhân nhịn uống nước trong đêm và lấy nước tiểu buổi sáng khi bệnh nhân mới đi tiểu để ly tâm và nhuộm Ziehl - Nielsen để tìm vi khuẩn lao. Nếu không tìm thấy, có thể cấy nước tiểu trên môi trường Lowenstein. Nuôi cấy như vậy phải mất một tháng.

- Có thể tiêm nước tiểu vào chuột lang cho 6 đến 8 tuần mổ chuột để tìm hạch lao trong mạc treo của ruột non.

- Với các phương pháp này, có thể phát hiện vi khuẩn lao trong 70% các trường hợp.

- Có vi khuẩn lao trong nước tiểu là một dấu hiệu chắc chắn của lao niệu, tuy nhiên nó không định vị được thương tổn lao ở đâu (thận phải hay trái) và nó đòi hỏi nhiều công phu và thời gian, đòi hỏi phải có trung tâm xét nghiệm chuyên khoa mà không phải nơi nào cũng có được. Vì vậy có một số dấu hiệu gián tiếp, mà nếu kết hợp lại cũng rất có giá trị trong chẩn đoán.

c. Các dấu hiệu gián tiếp của lao niệu:

c-1. Dấu hiệu viêm bàng quang mạn (đái rắt, đái buốt) mà điều trị bằng thuốc kháng sinh thông thường không khỏi.

c-2. Trong nước tiểu có nhiều bạch cầu, nhưng không tìm thấy vi khuẩn.

c-3. pH nước tiểu vẫn bình thường khoảng 6, nhưng tỷ trọng nước tiểu giảm còn khoảng 1015, vì thận lao cô đặc nước tiểu kém.

c-4. Soi bàng quang thấy có những vết loét do lao (đáy vết loét trắng, bờ nhám nhờ) ở cạnh một lỗ niệu quản và ở đỉnh bàng quang.

d. Chụp X.quang:

UIV (niệu ký nội tĩnh mạch) sẽ cho thấy các thương tổn đặc niệu của lao niệu. Lưu ý phải tiêm thuốc cản quang đủ liều thì hình ảnh chụp mới có thể thấy rõ để chẩn đoán được, tức là phải tiêm từ 1ml đến 1,5ml cho 1 kg cân nặng của bệnh nhân và chụp phim có ép niệu quản. Có thể nhìn thấy hình ảnh:

♦ Các đài thâm như bị găm nhấm, do viêm loét gây nên.

♦ Hình ảnh hẹp ở đài thận lớn.

♦ Nếu cắt đài thận bị bít hẹp hoàn toàn, có thể thấy đài thận bị cắt cụt.

♦ Bể thận bị hẹp.

♦ Niệu quản bị găm nhấm, có chỗ to chỗ bé.

♦ Bàng quang teo nhỏ, hình tròn.

4. Tiến triển:

Nếu không được điều trị, các thương tổn lao sẽ nặng thêm, chủ mô thận bị phá hủy dần cho đến hết và cuối cùng chỉ còn lại một túi đựng các tổ chức bã đậu và vôi hóa thận (thận mastic). Các thương tổn lao có thể xâm lấn vào các tổ chức lân cận như vỏ mỡ quanh thận, đại tràng, thành bụng sau. Thành niệu quản trở nên xơ dày làm cho niệu quản bị bít hẹp, nhất là ở một 1/3 dưới, gây ra thận chướng nước và chướng mủ.

Thành bàng quang sẽ xơ dày làm cho bàng quang teo nhỏ lại mất chức năng chứa đựng nước tiểu.

5. Điều trị :

Khi đã có chẩn đoán quyết định là lao niệu, bao giờ cũng phải bắt đầu điều trị bằng thuốc kháng lao.

♦ **Trong 3 tháng đầu :** Dùng liều tấn công với 3 loại thuốc kháng lao

- Rifampicin 400mg - 600mg
- INH 300 mg

- Ethambutol 800mg

Một số tác giả dùng Pyrazinamide thay cho Ethambutol, nhưng nên nhớ Pyrazinamide độc cho gan.

- Sau khi uống thuốc từ 1 đến 2 tháng có thể hết BK trong nước tiểu nhưng trong quá trình lành, các thương tổn lao có thể để lại các thương tổn xơ hẹp. Do đó sau khi điều trị 2 tháng phải làm UIV kiểm tra. Nếu thấy có hiện tượng hẹp, nhất là hẹp ở 1/2 dưới của niệu quản, phải cho thêm corticoid trong 2 tháng, đồng thời đặt thông vào niệu quản để làm nóng trong 2 - 3 tuần (Cortancyl - viên 5mg, ngày 2-3 viên).

Nếu thương tổn lao cần được giải quyết phẫu thuật như cắt bỏ thận, làm phẫu thuật tạo hình đường tiết niệu, nên phẫu thuật sau khi đã điều trị, hết liều tấn công.

♦ **Ba tháng tiếp theo:** Cho liệu duy trì gồm 2 loại thuốc kháng lao là INH và Ethambutol, liều lượng cũng như trên.

♦ **Ba tháng cuối:** Chỉ cần cho một loại thuốc là INH. Bệnh lao niệu rất dễ tái phát sau khi điều trị. Nguyên nhân là còn sót lại những hang lao kín trong chủ mô thận. Do đó sau 6 tháng điều trị phải làm UIV kiểm tra hoặc làm siêu âm. Nếu còn sót các hang lao, cần phải mổ dẫn lưu. Nếu phát hiện hẹp ở niệu quản (sau khi đã đặt thông nóng) hoặc bàng quang bị teo nhỏ quá mức, phải làm phẫu thuật tạo hình.

Có thể dùng hồi tràng hoặc manh tràng để mở rộng dung tích bàng quang.

LAO HẠCH

Bác sĩ PHẠM HỒNG CÁCH

Bộ môn Lao và Bệnh Phổi

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

I. ĐẠI CƯƠNG.

Lao hạch là một thể lao ngoài phổi thường gặp, chiếm 3 - 5% các trường hợp lao.

Vi khuẩn lao nguyên phát vào cơ thể sẽ lan tỏa đến hạch vùng. Các hạch này sẽ phù nề hơn các hạch khác ở những vùng chưa nhiễm lao. Từ những hạch nhiễm lao này, vi khuẩn lao thông qua đường máu và hệ thống lympho, sẽ đến khắp cơ thể. Kiểu lan tràn này thường tự lành bệnh (90%), và để lại phản ứng lao tố dương tính và một số ít hạch đóng vôi.

*** Giải phẫu và sinh lý bệnh:**

- Hạch lympho là những tổ chức nhỏ hình tròn hoặc bầu dục chứa các lympho bào. Các hạch lympho thường tập trung thành từng đám và phân bố tại các vùng nhất định. Lao hạch thường gặp tại các vị trí:

- Cổ : 89% - Bên phải : 39%
- Bên trái : 40%
- Hai bên : 10%
- Nách : 3%
- Bẹn : 2,6%
- Nhiều chỗ : 5,4%

III. TRIỆU CHỨNG.

- 90% lao hạch xảy ra ở hạch ngoại vi: đầu, cổ, quanh hàm, tai, nhiều hạch trong một vùng bị nhiễm lao.

- Triệu chứng lâm sàng tùy thuộc vào vị trí, kích thước của hạch, có thể không có triệu chứng lâm sàng trong một thời gian dài, chỉ khi hạch phì đại thì bệnh nhân mới chú ý. Hạch lao thường có tính chất: hạch phì đại, chắc, không đau, di động, không dính mô xung quanh và có thể dò mủ nếu không điều trị kịp thời.

- Có thể sốt nhẹ về chiều, mệt mỏi, biếng ăn, sụt cân

- Khi hạch cạnh khí quản và phế quản phì đại, triệu chứng lâm sàng tùy thuộc vào tuổi:

• Ở người lớn: Có triệu chứng hô hấp, sụt cân, sốt, đau ngực, đổ mồ hôi về đêm và có hình ảnh X quang phổi bất thường.

• Ở trẻ con dưới 4 tuổi: triệu chứng hô hấp tăng, ho trầm trọng, ho từng cơn là triệu chứng thường gặp nhất.

Khi hạch phì đại có thể gây tắc nghẽn phế quản, có thể nghe khò khè, ran nghe, khó thở, tím tái do rối loạn thông khí.

IV. TRIỆU CHỨNG CẬN LÂM SÀNG:

- Phản ứng lao tố (IDR): dương tính trên 15mm.

- Khi vi khuẩn lao di chuyển theo dòng máu, các hạch lympho sẽ tăng sinh các lympho bào tại chỗ và sẽ tạo ra các phản ứng miễn dịch để chống lại vi khuẩn lao. Nang lao là phản ứng đề kháng của hệ lympho đặc biệt để chống lại các loại Mycobacterium.

- Lao hạch lympho thường là bệnh đi kèm với lao của cơ quan khác, chẳng hạn :

- Lao hạch trung thất trong lao phổi
- Lao hạch mạc treo ruột trong lao ruột
- Lao hạch cổ trong lao amidan

Tổn thương này có thể rõ hoặc không

- Lao hạch thường gặp ở người trẻ : 20 - 40 tuổi.
Và thường thấy ở giới nữ : Nữ : 82,75% ; Nam : 17,25%.

II. NGUYÊN NHÂN.

Mycobacterium Tuberculosis (MT) là nguyên nhân chủ yếu chiếm đa số các trường hợp lao hạch.

Ngoài ra còn do Mycobacterium Bovis và Mycobacterium Atypic (MA)

Điều kiện thuận lợi :

- Ăn uống kém dinh dưỡng và thiếu vệ sinh
- Mắc các bệnh suy giảm miễn dịch khác: tiểu đường, HIV ...
- Mắc các bệnh phải dùng thuốc làm suy giảm miễn dịch: hen phế quản, thấp khớp, Lupus đỏ ...

VII. DIỄN TIẾN:

♦ *Không điều trị*

- Nổi hạch mãn tính
- Hạch lâu lớn thêm và nổi thêm các hạch khác
- Thường nhất mà hạch mềm, đỏ, xì mủ, lở dò có thể tự lành nhưng để sẹo xấu
- Là nguồn lan truyền lao sang các cơ quan khác: phổi, màng não, thận... khi bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch

♦ *Với điều trị:*

- Hạch tan đi không để lại dấu vết.
- Có thể còn lại vài hạch và đây là hạch di chứng không còn nang lao, nếu cần ta có thể cắt bỏ đi.



- Tốc độ lắng máu (VS) : tăng.
- Sinh thiết hạch: nang lao.
- Sinh thiết bằng kim và làm hạch đồ.

V. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH LAO HẠCH.

- Hình thể, tính chất lao hạch.
- Dịch tế học.
- IDR dương tính.
- Tìm BK trong mủ hạch.
- Sinh thiết hạch.

VI. ĐIỀU TRỊ.

Các thuốc lao chính được đề nghị trong điều trị lao hạch là :

- ♦ Rifampicin.
- ♦ Isoniazide.
- ♦ Pyrazinamide.

Streptomycine và Ethambutol ít tác dụng trong lao hạch.

Việc điều trị lao hạch phải bảo đảm 4 nguyên tắc:

- Phối hợp thuốc.
- Đủ liều.
- Liên tục.
- Đủ thời gian.

LAO NGUYÊN PHÁT

Thạc sĩ, Bác sĩ NGUYỄN THỊ THU BA

Bộ môn Lao và Bệnh Phổi

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

I. ĐẠI CƯƠNG.

Lao nguyên phát (LNP) còn gọi là lao khởi đầu (Primary Tuberculosis) là biểu hiện lâm sàng, sinh hóa và mô bệnh sau khi phổi tiếp xúc đầu tiên với vi khuẩn lao ở một cơ thể chưa có tăng cảm và miễn dịch đối với lao.

LNP hay giai đoạn thứ nhất của quá trình lao, là giai đoạn vi khuẩn lao viết tắt là BK (Bacille de Koch) xâm nhập vào một cơ thể mới, thường là qua đường hô hấp vào đến phế nang, gây nên tổn thương đặc hiệu, bao gồm ổ sơ nhiễm ở nhu mô phổi và tổn thương ở hạch trung thất liên quan, được gọi là phức hợp nguyên thủy.

1. Cơ chế nhiễm lao:

- Do người bệnh ho hoặc khạc nhổ: khi người bệnh ho, những hạt nước bọt nhỏ li ti sẽ bay vào không khí, trong các hạt nước bọt đó có chứa vi khuẩn lao *Mycobacterium Tuberculosis* (MT). Ở ngoài trời và trong những phòng thông thoáng, các hạt này sẽ bay theo gió. Nhưng ở phòng kín chật hẹp, chúng sẽ tồn tại trong không khí và số lượng tăng dần do bệnh nhân tiếp tục ho. Vì vậy, nếu có nguồn lây trong những căn nhà chật chội, thì các

thành viên trong gia đình đều dễ nhiễm lao nhất là trẻ em. Ngoài ra, có thể tìm thấy nguồn lao ở trường, bệnh viện, nhà thờ, các quầy bán hàng, trên xe buýt... Trong những tình huống như vậy, MT vào phổi do hít thở và là đường lây phổ biến nhất. Tuy nhiên, đó là không phải là đường lây duy nhất.

- Do thức ăn hoặc sữa: có thể nhiễm lao qua thức ăn, sữa và như vậy tổn thương sơ nhiễm xảy ra miệng hoặc ruột. Sữa có thể có vi khuẩn lao bò (*Mycobacterium Bovis*); nếu bò trong vùng có bệnh lao và sữa không được đun sôi khi sử dụng. Nhiễm lao bò lại ít gặp ở các nước có tỉ lệ mắc lao cao.

- Qua da: Da bình thường có thể chống lại MT khi vi khuẩn tiếp xúc da. Nhưng nếu da bị đứt hoặc dập nát, BK có thể xâm nhập và gây một nhiễm trùng như ở phổi. Nhiễm lao thường xảy ra ở những nơi da lộ ra ngoài như mặt, cẳng chân, bàn chân, còn ở cánh tay, bàn tay thì ít hơn.

II. NHỮNG NGUY CƠ SAU SƠ NHIỄM LAO.

1. Phức hợp nguyên thủy:

Khi những hạt nước bọt li ti mang BK bị hít vào phổi; sẽ theo phế quản đến bề mặt phổi. BK khu trú tại đó và sinh sản dần dần gây nên tổn thương ở phổi; một số BK khác sẽ theo hệ thống bạch huyết đến hạch cạnh phế quản làm hạch bị phì đại.

Đến khoảng thời gian 4 - 8 tuần đa số bệnh nhân trở nên nhạy cảm với BK, biểu hiện qua phản

nhóm hạch này to và mềm ra do lao, chất bã đậu có thể dò vào màng tim gây tràn dịch màng tim.

Trong một số ít trường hợp khối hạch dính vào thực quản

3. Vỡ một ổ tổn thương vào khoang màng phổi:

Các tổn thương sơ nhiễm nằm ngay sát dưới bề mặt phổi, thường có đường kính < 10mm. Tuy nhiên đôi khi tổn thương phát triển to hơn, bề mặt phổi bị vỡ, chất bã đậu và BK sẽ tràn vào khoang màng phổi gây nên tràn dịch hoặc tràn mủ màng phổi do lao.

4. Ổ sơ nhiễm vỡ thành hang:

Tổn thương sơ nhiễm có thể phát triển to ra, không vỡ vào khoang màng phổi mà ăn thông với một phế quản và chất bã đậu sẽ được đào thải ra ngoài khi ho, kết quả là hình thành một hang có thành mỏng.

5. BK lan theo đường máu:

Từ ổ lao và hạch, BK có thể xâm nhập vào máu qua ăn mòn thành mạch hoặc đường bạch huyết. BK theo dòng máu đi khắp cơ thể và gây các thể lao nặng như lao kê, lao màng não ngay sau khi bị sơ nhiễm trên các cơ địa giảm sức đề kháng. Các thể lao mãn tính như lao xương, khớp, thận... có thể xuất hiện sau hàng tháng hoặc hàng năm trên những cơ địa tốt hơn.

III. LÂM SÀNG.

Phần lớn LNP ở dạng tiềm ẩn, không có biểu hiện lâm sàng, thường phát hiện qua:

- Chuyển dương của phản ứng lao tố

ứng tuberculin (+). Những thay đổi ở phổi và hạch được gọi là phức hợp nguyên thủy.

Phần lớn các trường hợp, tổn thương ở phổi và hạch sẽ tự khỏi dần sau nhiều tháng, nhưng BK có thể tồn tại tuy không hoạt động và có thể tiếp tục phát triển trở lại sau nhiều năm.

2. Hạch vùng trung thất liên quan:

Còn gọi là hạch vệ tinh hay hạch tùy tùng (satellite) gồm 5 nhóm hạch như sau:

- Nhóm hạch cạnh khí quản (P).
- Nhóm hạch cạnh khí quản (T).
- Nhóm hạch cạnh rốn phổi (P).
- Nhóm hạch cạnh rốn phổi (T).
- Nhóm hạch vùng carena.

BK từ các ổ sơ nhiễm lan tới các hạch huyết theo đường trực tiếp. Tại hạch, BK gây những thay đổi tương tự ở nhu mô và hạch trở nên to hơn, có thể mềm ra.

Ở trẻ rất nhỏ, hạch có thể gây chèn ép, làm hẹp lòng phế quản gây xẹp một phần phổi hoặc nguy hiểm hơn hạch có thể làm trẻ bị ngạt thở do chất bã đậu dột ngọt tràn ra làm tắc cả 2 phế quản gốc.

Ở trẻ lớn hay người lớn, hạch có thể ăn xuyên qua thành và dò vào phế quản.

Có một nhóm hạch lớn ở góc carena, mặt trước tiếp cận với thành sau của màng ngoài tim; khi

– Những hình ảnh bất thường trên X quang phổi khi kiểm tra sức khoẻ (rất hiếm).

Một số trường hợp có biểu hiện lâm sàng rõ rệt:

– Ho kéo dài, sốt về chiều, ra mồ hôi trộm, chán ăn, sụt cân, mệt mỏi, tính tình thay đổi, học hành kém hiệu quả.

Vài bệnh cảnh lâm sàng khá đặc trưng, nhưng rất hiếm gặp ở Việt Nam:

• **Lao ban (*Typho-bacilloe*):** sốt cao từ 39-40°C, sốt riêng rẽ với lưỡi sạch, cấy máu âm tính

• **Viêm kết mạc bóng nước:** kết mạc đỏ có nhiều nốt phỏng bằng đầu kim gút ở nhiều chỗ

• **Hồng ban nút:** có thể là biểu hiện đầu tiên của LNP, ở châu Âu gặp 12%. Các nút hồng ban có đường kính 1 - 4cm, nằm sâu trong da và lớp dưới da, đau, hơi nóng, khu trú ở mặt trước trong cẳng chân hoặc đùi hoặc bờ trong cẳng tay, thường kèm theo sốt và đau khớp. Tiến triển có chu kỳ, nhiều đợt liên tiếp kéo dài từ 3 - 5 tuần, sau 2 - 3 đợt thì ban hết. Cần chẩn đoán phân biệt với bệnh Sarcoide và nhiễm Streptococque hay là dị ứng thuốc.

Khám thực thể:

– Phổi: nhiều khi thấy bình thường, chỉ có các triệu chứng của biến chứng như : ran phế quản (rít, gáy) do hạch to chèn ép phế quản; hội chứng 3 giảm do biến chứng tràn dịch màng phổi; có thể gặp hội chứng đông đặc phổi ...

- Đôi khi có thể gặp hội chứng chèn ép trung thất như hội chứng tĩnh mạch chủ trên, liệt dây thần kinh hoành, dò phế quản thực quản ...

- Các biến chứng lao ngoài phổi như lao màng não, lao hạch cổ, lao xương khớp, lao thận, lao da hay lao sinh dục ...

Ngoài ra, cần tìm hiểu nguồn lây, nếu là trẻ nhỏ thường là cha mẹ, người thân trong gia đình, thầy cô trong lớp học ...

IV. CẬN LÂM SÀNG.

1. Phản ứng lao tố : là yếu tố căn bản để chẩn đoán LNP

Phản ứng nội bì của Mantoux (1908) (IDR) : hiện nay dùng Tuberculine PPD-RT 23-Tween 80. Dùng ống tiêm 1ml, chích trong da 1/10 ml PPD vào phía trước cẳng tay sau khi được khử trùng bằng Ether.

Đọc kết quả sau 72 giờ bằng cách đo đường kính nốt sần theo chiều ngang cánh tay bằng thước đo trong suốt, quảng đỏ xung quanh không quan trọng

- ♦ < 10 mm : âm tính
- ♦ \geq 10 mm : dương tính

Tóm lại, khi IDR dương tính mạnh, đặc biệt ở trẻ nhỏ thì nên nghĩ nhiều đến mắc bệnh lao. Nhưng nếu IDR (-) ở những cơ địa suy giảm miễn dịch như suy dinh dưỡng, sau sởi, nhiễm HIV, đang dùng corticoides... thì không loại bỏ khả năng lao.

3. Nội soi phế quản ống mềm:

Được chỉ định trong LNP khi có rối loạn thông khí do hạch chèn ép vào khí phế quản, có dò hạch khí phế quản và để giải phóng xẹp phổi do hạch lao chèn ép gây nên tắc nghẽn phế quản (chỉ định dùng corticoid).

Soi phế quản còn có thể tiến hành rửa phế quản để tìm BK.

4. Các xét nghiệm khác:

- Tìm BK: trong các loại bệnh phẩm như đàm, dịch dạ dày ... thường là (-). Nếu tìm được BK thì đó là biến chứng của LNP.

- PCR lao trong đàm.

- Công thức máu: thường là trong giới hạn bình thường trừ tốc độ lắng máu (VS) và tỉ lệ lympho tăng.

- Soi đáy mắt, chọc dò dịch não tủy, chụp X quang xương, khớp ... để tìm sự lan toả.

V. CHẨN ĐOÁN.

Chẩn đoán dương tính theo thứ tự mức độ quan trọng.

- IDR chuyển dương hoặc dương tính mạnh >10mm.

- Có hình ảnh tổn thương trên X.quang phổi thẳng và nghiêng.

- Có nguồn lây thân cận và triệu chứng lâm sàng.

- Đáp ứng tốt với điều trị chống lao.

2. X.quang:

- *X quang phổi thẳng*: đa số bình thường. Có thể thấy hình ảnh phức hợp nguyên thủy là sự phì đại hạch vùng trung thất và sự tổn thương ở nhu mô được nối với nhau bằng những đường bạch huyết giống hình quả tạ. Đây là hình ảnh kinh điển nhất.

- *X.quang phổi nghiêng*: kết hợp với X.quang phổi thẳng.

- Có thể thấy hình ảnh phì đại 5 nhóm hạch của vùng trung thất liên quan. Hình ảnh hạch to ở rốn phổi thường ở bên (P) và ở 1 bên (80%). Ít khi hạch to đối xứng cả 2 bên. Có khi vừa có hạch rốn phổi vừa có hạch cạnh khí quản to (40%), hạch có thể ở liên phế quản hoặc liên khí phế quản. Ở người lớn bị LNP, hạch rốn phổi to chỉ gặp có 50%.

- Có thể thấy hình ảnh rối loạn thông khí: xẹp phổi thùy do hạch chèn ép phế quản, khí phế thũng khu trú do hạch chèn ép phế quản chưa hoàn toàn.

- CT scan có thể phát hiện LNP mà X quang phổi thẳng không thấy hạch trong lồng ngực. CT scan có thể xác định được khối lượng và mức độ hoại tử của các hạch lao, phát hiện được các nốt lao nhỏ ở nhu mô phổi, có thể sử dụng để theo dõi LNP 1 cách khá chính xác.

Nhìn chung, hình ảnh của LNP đều thấy có tổn thương viêm hạch trung thất, hình ảnh tổn thương hạch kết hợp với các hình ảnh tổn thương khác như nốt thâm nhiễm ở nhu mô phổi, chiếm tỉ lệ cao nhất (70,5%), hình ảnh phức hợp nguyên thủy chỉ có 24%.

VI. TIẾN TRIỂN.

1. Tiến triển tốt:

- Triệu chứng lâm sàng mất sau 2 tuần.
- X quang phổi mất sau 2 - 3 tháng, ngoại trừ những nốt hóa vôi. Hạch sẽ mất 6 tháng đến 1 năm.
- IDR (+) rất lâu trừ khi cơ thể suy giảm miễn dịch.

2. Tiến triển xấu :

Từ sang thương đầu tiên, BK theo :

- Đường máu: gây nên lao kê, lao màng não.
- Đường phế quản: gây nên phế quản phế viêm lao. Hạch to chèn ép phế quản sẽ gây xẹp phổi, dẫn phế quản. Hạch vôi hóa ở rốn phổi có thể gây ho ra máu
- Đường bạch huyết: gây nên lao màng phổi, lao xương khớp ...

VII. ĐIỀU TRỊ:

LNP có triệu chứng thì điều trị như lao phổi theo công thức RHZ trong thời gian từ 6 - 9 tháng tùy từng trường hợp. Với liều lượng mỗi ngày như sau:

- ♦ Rifampicine (R) : 8 - 12 mg/kg
- ♦ Isoniazide (H) : 4 - 6 mg/kg
- ♦ Pyrazinamide (Z) : 20 - 30 mg/kg

Trẻ em không điều trị cách khoảng do chức năng gan chưa hoàn chỉnh, phác đồ hợp lý cho LNP trẻ em không có biến chứng là 2 RHZ/4RH.

Không dùng Ethambutol và Streptomycine cho trẻ em

Thiếu niên và người lớn LNP có thể điều trị 6 tháng tấn công và 3 tháng cách khoảng (tuần 3 lần). Phác đồ 6 RHZ/ 3 R₃H₃Z₃, với liều cách khoảng như sau:

R : 10 - 15mg/kg - H : 10-15mg/kg - Z : 50mg/kg

Khi điều trị lao phải tuân thủ đúng 4 nguyên tắc căn bản : ***Phối hợp thuốc, đúng liều lượng, đủ thời gian và dùng thuốc phải liên tục.*** Như thế mới tránh được hiện tượng chọn lọc dòng vi khuẩn kháng thuốc là nguyên nhân của thất bại điều trị.

VIII. DỰ PHÒNG :

- Thực hiện tiêm chủng BCG sơ sinh trong toàn dân, BCG có khả năng bảo vệ tới 80% và kéo dài tới 15 năm.

- Điều trị lao rộng rãi và hiệu quả, nhất là các nguồn lây với BK (+) trong đàm

- Vệ sinh môi trường, nâng cao mức dinh dưỡng, giảm hút thuốc lá, giảm uống rượu

- Hóa dự phòng: Isoniazide được sử dụng trong hóa dự phòng các đối tượng nguy cơ cao, điều trị tối thiểu 6 tháng với liều dùng 5mg/kg/1 ngày.

Ở Việt Nam do tỉ lệ nhiễm lao cao nên khi dùng hóa dự phòng xong vẫn bị mắc lao và tỉ lệ kháng thuốc H rất cao do đó không nên dùng hóa dự phòng.

BỆNH LAO PHỔI

Bác sĩ PHẠM HỒNG CÁCH

Bộ môn Lao và Bệnh Phổi

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Bệnh lao phổi là bệnh xã hội, là đối tượng của *Chương trình chống lao quốc gia*. Hàng năm có 8 - 10 triệu người mắc lao mới và nó cướp đi khoảng ba triệu sinh mạng con người trên toàn thế giới.

Lao phổi là bệnh chiếm nhiều nhất (90%) trong tất cả các bệnh lao khác ở con người. Lao phổi là nguồn lây chủ yếu. Bệnh lao nói chung và lao phổi nói riêng là bệnh chủ yếu ở các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam.

Bệnh lao có xu hướng ngày càng tăng. Đại dịch HIV/AIDS cũng góp phần làm cho dịch lao trầm trọng thêm. Bệnh lao tăng nó cũng làm tăng tỉ lệ bệnh lao kháng thuốc theo, làm cho việc điều trị lao ngày càng khó khăn hơn.

Trong bài này, chúng tôi xin đề cập những vấn đề sau:

1. Lao phổi là gì?
2. Những người nào có thể mắc bệnh này?
3. Những dấu hiệu nào khiến chúng ta nghĩ mình có thể vướng bệnh này?

4. Phải làm gì khi nghi ngờ mình mắc bệnh này?

5. Những xét nghiệm nào giúp cho ta biết chắc mình bị bệnh?

6. Dự hậu của bệnh sẽ ra sao?

Bệnh lao phổi chủ yếu do trực trùng *Mycobacterium Tuberculosis* (MT) gây ra. Đây là loại vi khuẩn hiếu khí nhưng lại bị chết dễ dàng dưới ánh sáng mặt trời trong 90 phút. Bệnh lây chủ yếu bằng đường hô hấp bởi bệnh nhân lao phổi ho khạc đàm có vi khuẩn lao.

Mọi người đều có thể mắc lao phổi mà không phân biệt tuổi tác, giới tính, tôn giáo, nghề nghiệp, giàu nghèo... Nhưng lao phổi thường gặp ở những đối tượng sau:

- Người có cuộc sống khó khăn kinh tế, phải lao động cật lực mà ăn uống lại thiếu dinh dưỡng.

- Những người có công việc phải thức khuya làm việc mà không có thời gian ngủ bù.

- Ở những người mắc bệnh làm cho giảm sức đề kháng cơ thể, tạo thuận lợi cho trực khuẩn lao phát triển như bệnh tiểu đường, HIV/AIDS...

- Những người mắc các bệnh nội khoa khác mà phải dùng các thuốc làm giảm miễn dịch như Lupus đỏ, hen phế quản, viêm khớp ...

- Và đương nhiên có cả những người tiếp xúc với bệnh nhân lao phổi ho khạc đàm có vi khuẩn lao.

không để lại di chứng như giãn phế quản, khí phế thũng, nấm phổi. Bệnh lao phổi mới trị lần đầu thì cho kết quả tốt hơn ở những lần sau. Kết quả điều trị lao phổi tái phát tùy thuộc vào khả năng trực khuẩn lao còn thụ cảm với thuốc lao hay không.

Tóm lại, khi ta có các triệu chứng ho khạc kéo dài trên hai tuần đã điều trị các thuốc ho thông thường mà bệnh không giảm, đặc biệt có ho ra máu, sụt cân, sốt nhẹ về chiều, đau tức ngực, chúng ta nên tìm đến các thầy thuốc chuyên khoa hoặc các trạm chống lao địa phương để được chẩn đoán chính xác và điều trị kịp thời chớ không nên tự ý điều trị vì dễ dàng để lại tình trạng kháng thuốc về sau không thể điều trị được nữa.

Bệnh lao phổi là một bệnh xã hội, được điều trị miễn phí tại các trạm chống lao địa phương, bệnh lây lan qua con đường ho khạc từ người bệnh mang vi khuẩn lao qua người lành. Bệnh lao có xu hướng ngày càng tăng và dịch HIV/AIDS làm cho người lao ngày càng trầm trọng thêm. Bệnh có thể được điều trị khỏi hoàn toàn nếu được chẩn đoán sớm và điều trị đúng nguyên tắc.



Những triệu chứng thường gặp sau đây khiến chúng ta nghĩ là mình có thể mắc bệnh lao phổi:

- Ho : Ho khạc kéo dài trên hai tuần, có điều trị thuốc ho thông thường mà bệnh không giảm. Đặc biệt là có ho ra máu.

- Sốt : thường sốt nhẹ về chiều mỗi ngày một lần.

- Sụt cân mà không thể giải thích được tại sao.

- Đau ngực cũng thường gặp ở bệnh nhân lao phổi.

Khi nghi ngờ mình bị bệnh lao phổi, chúng ta không nên tự động dùng thuốc lao mà không có chỉ định của thầy thuốc chuyên khoa. Chúng ta nên nhanh chóng đến các trạm chống lao địa phương hoặc các thầy thuốc chuyên khoa để được hướng dẫn làm các xét nghiệm cần thiết để có chẩn đoán chính xác có đúng là bệnh lao hay không. Và được hướng dẫn điều trị cho đúng nguyên tắc nhằm tránh hiện tượng kháng thuốc về sau.

Các xét nghiệm để giúp chẩn đoán:

- Chụp hình phổi.

- Xét nghiệm đàm.

- Chức năng gan, thận, đường huyết: giúp phát hiện bệnh lý đi kèm và theo dõi ảnh hưởng của thuốc lao trên gan, thận.

Bệnh lao phổi, nếu được phát hiện sớm và được điều trị đúng nguyên tắc, bệnh sẽ khỏi hoàn toàn

không để lại di chứng như giãn phế quản, khí phế thũng, nấm phổi. Bệnh lao phổi mới trị lần đầu thì cho kết quả tốt hơn ở những lần sau. Kết quả điều trị lao phổi tái phát tùy thuộc vào khả năng trực khuẩn lao còn thụ cảm với thuốc lao hay không.

Tóm lại, khi ta có các triệu chứng ho khạc kéo dài trên hai tuần đã điều trị các thuốc ho thông thường mà bệnh không giảm, đặc biệt có ho ra máu, sụt cân, sốt nhẹ về chiều, đau tức ngực, chúng ta nên tìm đến các thầy thuốc chuyên khoa hoặc các trạm chống lao địa phương để được chẩn đoán chính xác và điều trị kịp thời chớ không nên tự ý điều trị vì dễ dàng để lại tình trạng kháng thuốc về sau không thể điều trị được nữa.

Bệnh lao phổi là một bệnh xã hội, được điều trị miễn phí tại các trạm chống lao địa phương, bệnh lây lan qua con đường ho khạc từ người bệnh mang vi khuẩn lao qua người lành. Bệnh lao có xu hướng ngày càng tăng và dịch HIV/AIDS làm cho người lao ngày càng trầm trọng thêm. Bệnh có thể được điều trị khỏi hoàn toàn nếu được chẩn đoán sớm và điều trị đúng nguyên tắc.



LAO MÀNG NÃO

Bác sĩ NGUYỄN THỊ NGỌC ANH

Bộ môn Lao và Bệnh Phổi

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

I. ĐẠI CƯƠNG :

Lao màng não là thể lao cấp tính, gây tử vong cao và để lại nhiều di chứng nếu không điều trị sớm và tích cực.

Theo báo cáo của Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch (2001) thì tỉ lệ tử vong chung của lao màng não là 27% và tỉ lệ tử vong tỷ lệ thuận với tình trạng tri giác của bệnh nhân:

- Bệnh nhân tỉnh: 9%.
- Bệnh nhân lơ mơ : 28%.
- Bệnh nhân hôn mê : 52%.

Tỷ lệ này tăng cao hơn ở những nước nghèo với dịch HIV. Theo thống kê tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch (1997) lao màng não người lớn chiếm 15% phối hợp với HIV (+).

Định nghĩa:

Lao màng não là thể lao cấp do vi khuẩn lao xâm nhập gây tổn thương não, màng não. Đồng thời cũng làm tổn thương các dây thần kinh sọ não như dây III, IV, VI, VII...

II. BỆNH NGUYÊN VÀ SINH LÝ BỆNH.

A. Bệnh nguyên:

- Vi khuẩn lao sống.
- Sự suy giảm sức đề kháng của cơ thể.
- Có thể có sang thương khác.

Lao kê (30%), lao phổi thường (50%), lao hạch, lao xương (10-20%) và các lao khác.

B. Sinh lý bệnh:

Vi khuẩn xâm nhập vào cơ thể theo đường máu hoặc đường tiếp cận đến các cơ quan, vi khuẩn vào não gây những ổ viêm xuất tiết và vào trong dây thần kinh sọ đưa đến tình trạng viêm toàn màng não vùng đáy. Có thể gây tắc nghẽn và nhồi máu:

- Trẻ em gây não nước.
- Trẻ em lớn và người lớn gây tăng áp lực nội sọ.
- Có thể làm tổn thương các dây thần kinh sọ não.

III. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG.

Triệu chứng của lao màng não rất đa dạng, có thể kéo dài từ vài tuần đến vài tháng

Trẻ em bệnh cảnh thường có tính lan toả. Bệnh cảnh người lớn thường khu trú dẫn đến nhiều bệnh cảnh lâm sàng khác nhau

1. Lao màng não trẻ em : chia làm 3 giai đoạn :

a. Thời kỳ tiền triệu:

Bé mệt mỏi, bỏ bú, biếng ăn, sụt cân hay giật mình quấy khóc đôi khi nói sảng. Sốt dao động kéo dài, ở trẻ lớn hay than nhức đầu

Thời kỳ này kéo dài khoảng 1 tuần, chẩn đoán thường khó, có thể chọc dò dịch não tủy nếu phát hiện gia đình có nguồn lây rõ.

b. Thời kỳ toàn phát: triệu chứng biểu hiện rõ:

– Bé lừ đừ, gầy sút rõ, sốt dao động không đều đôi khi sốt cao liên tục (trẻ suy dinh dưỡng có thể không sốt).

– Bé thường nằm nghiêng, đầu hơi ngửa ra sau, phản ứng chậm chạp, đôi khi sợ ánh sáng

– Nhức đầu có thể từng cơn hay liên tục. Đa số trường hợp (75%) thuốc giảm đau thường không hiệu quả.

– Rối loạn nhịp thở: bé thở không đều cả về biên độ lẫn tần số.

– Rối loạn tiêu hóa: ói mửa, có thể có táo bón hoặc tiêu chảy

– Khám thấy cổ cứng, Kernig (+), có thể liệt dây III, IV, VI, VII... Thời kỳ này kéo dài hơn 20 ngày.

c. Thời kỳ cuối:

– Bé rơi vào hôn mê, rối loạn nhịp thở, sốt cao liên tục có thể lên đến 40-41°C.

– Rối loạn cơ vòng bàng quang: bí tiểu.

- Liệt chi.
- Thường tử vong do ngạt thở hay sau cơn co giật.

2. Lao màng não khu trú ở người lớn:

Tùy theo vị trí tổn thương ở não mà ta có các thể lâm sàng khác nhau:

a. *Thể cảm giác:* Nhức đầu liên tục, kéo dài. Thuốc giảm đau không hiệu quả. Kèm sốt cao dao động không đều. Thể này chẩn đoán khó, cần chọc dịch não tủy và tìm tiền căn lao phổi.

b. *Thể tâm thần:* Rối loạn ý thức, dễ quên, phản ứng chậm chạp, lờ đờ, đôi khi thờ ơ, vô cảm. Bệnh nhân cũng có thể trong trạng thái kích động, hoang tưởng, nói nhảm. Thường thể này rơi vào hôn mê sớm.

c. *Thể liệt :* Có thể liệt nửa người, liệt 2 chi dưới, hoặc cả 4 chi, thường kèm theo liệt thần kinh sọ não như dây III, IV, VI, VII.

IV. CẬN LÂM SÀNG.

1. Công thức máu: bạch cầu tăng nhẹ, hồng cầu giảm nhẹ. VS tăng 40-80 mm/giờ.

2. X quang phổi : có thể phát hiện sang thương ở phổi.

3. IDR (+).

4. Dịch não tủy:

Đa số là dịch trong (75%) hay có màu vàng ngà (12%). Để chẩn đoán chính xác lao màng não người ta thường dựa vào BK (+) trong canh cấy dịch não tủy. Hiện nay dùng phương pháp PCR.

5. CT Scan não giúp chẩn đoán chính xác lao hệ thống thần kinh trung ương (u lao ở não)

V. ĐIỀU TRỊ.

1. Thuốc kháng lao phối hợp: thường dùng 4 hoặc nhóm 5 món. Phác đồ SRHZ hay RHEZ. Thời gian điều trị phải từ 9 - 12 tháng.

2. Chăm sóc và dinh dưỡng

- Xoay trở thường xuyên để tránh loét.
- Lau mát và thuốc giảm sốt.
- Đặt ống nuôi ăn (ống Sonde) cho bệnh nhân hôn mê.

- Cân bằng nước điện giải.

3. Chống phù não:

- Corticoide.
- Mannitol 20%.

4. Chống co giật :

- Phenobarbital.

5. Chăm sóc đường thở:

- Hút đàm nhớt.
- Thở oxy.

6. Tập vật lý trị liệu cho bệnh nhân có liệt chi.

7. Phòng ngừa:

- Tiêm chủng BCG cho trẻ sơ sinh.
- Cách ly trẻ ra khỏi người có hạch đàm BK (+).
- Tìm và điều trị những bệnh nhân lao.

VI. TIỀN LƯỢNG VÀ DỰ HẬU.

Mặc dù đã có hóa trị liệu nhưng di chứng hiện nay vẫn còn cao do phát hiện bệnh muộn đặc biệt là những bệnh nhân đã rơi vào hôn mê.

Tiền lượng tùy thuộc vào:

- Tuổi.
- Thời gian bệnh (hôn mê ở tuần lễ thứ hai coi như tiên lượng xấu và tỷ lệ tử vong # 80%).
- Nhiễm vi khuẩn lao kháng thuốc.
- Dịch não tủy: đường giảm nhiều, Albumin tăng quá cao.

♦ Di chứng.

- Thiếu năng trí tuệ.
- Động kinh.
- Liệt chi.
- Mù hai mắt.

LAO HỆ THỐNG TIÊU HÓA

Bác sĩ QUANG VĂN TRÍ

Bộ môn Lao và Bệnh Phổi

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

I. NỘI DUNG.

1. Đại cương:

Trong thập niên vừa qua, một vấn đề được quan tâm không ít, đó là sự xuất hiện trở lại của bệnh lao. Đặc biệt là các thể lao ngoài phổi trong đó phải kể đến lao hệ thống tiêu hoá.

2. Các yếu tố thuận lợi:

- Do ảnh hưởng của dịch nhiễm HIV trên toàn cầu.
- Những người vô gia cư, không nghề nghiệp.
- Những người di dân từ những nơi có mức độ nhiễm lao cao.

Đặc biệt những cá thể nhiễm HIV thì dễ mắc thể bệnh này nhiều hơn người không nhiễm.

3. Định nghĩa:

Lao hệ thống tiêu hóa là sự nhiễm và tổn thương hệ thống tiêu hóa do trực khuẩn lao xâm nhập và gây nên.

4. Dịch tễ học:

Thể bệnh này thường gặp ở người trẻ, nhưng cũng có thể gặp bất cứ tuổi nào. Một nghiên cứu tại Mỹ cách nay 15 năm cho thấy tỉ lệ mắc bệnh này ở dân da đen gấp 2 lần dân da trắng. Tại Anh có tỉ lệ

như sau giữa da đen / da trắng trong nhóm di dân là: 24/30 trong toàn thể lao hệ tiêu hoá.

Tại Việt Nam tại Viện lao và bệnh phổi, năm 1986, cho thấy tỷ lệ lao ruột và lao màng bụng 1,4%.

5. Sinh bệnh học:

Vi khuẩn gây bệnh thường do Mycobacterium Tuberculosis. Đôi khi do M.avium complex (MAC) nếu do MAC thì luôn kết hợp với bệnh AIDS.

Lao hệ thống tiêu hóa thường thứ phát sau phổi. Bệnh nhân nuốt đàm có chứa trực khuẩn lao, địa điểm tổn thương thường khu trú ở hồi manh tràng, cũng có thể gặp lao ruột nguyên phát khi thức ăn, nước uống bị nhiễm BK, vi khuẩn đột nhập thẳng vào ruột và gây bệnh.

Từ ổ lao nguyên phát BK có thể lan truyền theo: đường bạch huyết và đường máu để gây bệnh ở hệ tiêu hoá.

6. Triệu chứng:

Rất đa dạng tùy thuộc cơ địa của bệnh nhân: Đau bụng vị trí thường ở hố chậu phải đôi khi lẫn lẫn với viêm ruột thừa, tính chất đau âm ỉ không lan, phân lỏng có thể có đàm nhớt hoặc có máu, sốt nhẹ thường về chiều, thể trạng suy sụp nhanh.

Khám lâm sàng: ở hố chậu có dấu Koenig (một khối nổi gồ lên làm bệnh nhân rất đau, kèm theo tiếng hơi di động qua chỗ hẹp khối từ từ xẹp bệnh nhân bớt đau). Đôi khi sờ thấy khối u (tuberculome) chắc, di động, không đau.

♦ **Thể lao đại tràng:** bệnh nhân thường tiêu chảy xen lẫn với táo bón, thể trạng thường suy sụp nhanh chóng.

♦ **Thể lao màng bụng:** ngoài các triệu chứng kể trên bệnh nhân còn có bụng báng, lượng nước có thể ít hoặc nhiều tùy giai đoạn của bệnh.

Nếu bệnh nhân có kết hợp lao hệ thống tiêu hóa với bệnh AIDS thì biểu lộ lâm sàng thường gặp là tiêu chảy mãn tính khó điều trị và kéo dài, tổng trạng bệnh nhân suy sụp nhanh chóng.

7. Cận lâm sàng:

a. Phản ứng lao tố trong da (IDR):

Rất có giá trị để chẩn đoán nhưng phải đề phòng các trường hợp âm giả do bệnh nhân dùng thuốc ức chế miễn dịch và bị bệnh AIDS.

b. X quang khung đại tràng:

Có sửa soạn gợi ý hướng chẩn đoán lao. Điển hình là : tổn thương vùng manh tràng hồi tràng bị teo hẹp.

c. Nội soi khung đại tràng:

Đây là thủ thuật tương đối đơn giản giúp chẩn đoán chính xác cao qua nội soi chúng ta có thể sinh thiết để chẩn đoán nguyên nhân.

d. Phương pháp muộn, cấy phân :

Để tìm hiểu BK nếu BK + thì có giá trị lớn trong chẩn đoán, thường thì kết quả rất thấp.

e. CT scan bụng:

Trong những năm gần đây CT scan cho thấy có thể phân biệt được trực khuẩn lao và MAC.

Do trực khuẩn lao CT scan cho thấy có nhiều hạch mạc treo hoại tử và nhiều tổn thương trong nhiều nội tạng. Còn do MAC thì phải đại nhiều hạch đặc biệt gan to và lách to.

f. Siêu âm bụng:

Ứng dụng trong thập niên 70 nguyên tắc sóng siêu âm tác động lên vật thể, vật thể cho sóng phản âm ghi sóng phản âm phản ánh tổn thương tạng đó, nhưng chỉ ở một mặt cắt. Trong lao hệ thống tiêu hóa dùng siêu âm có thể xác định các tổn thương do lao ở các hạch mạc treo và các tạng thương hoại tử nhưng đòi hỏi các chuyên gia có nhiều kinh nghiệm đọc kết quả.

g. Thăm dò miễn dịch học:

Rất cần thiết để chẩn đoán khi bị nhiễm HIV có kết hợp với lao hệ thống tiêu hóa. Phát hiện kháng thể trong huyết thanh bằng phương pháp ELISA: 0,01 -> 0,001 $\mu\text{g/ml}$ đã cho kết quả (+)

8. Chẩn đoán:

Chẩn đoán xác định dựa vào tìm thấy BK trong phân hoặc dịch màng bụng nhưng rất khó khăn.

Cần dựa vào các yếu tố sau:

- Tìm nguồn lây: yếu tố này rất quan trọng đối với trẻ con vì nguồn lây thường là trong gia đình.
- Tìm ổ vi khuẩn nguyên phát, chụp X quang phổi, xương, khớp, tiết niệu sinh dục, khám hạch...
- X quang khung đại tràng: vùng manh tràng hồi tràng teo hẹp.

MỤC LỤC



| | |
|---|-----|
| ♦ Lời nói đầu..... | 5 |
| ♦ Điều trị và dự phòng bệnh lao..... | 7 |
| ♦ Bệnh lao những hiểu biết tổng quát..... | 11 |
| ♦ Các biện pháp chẩn đoán lao..... | 26 |
| ♦ Lao và HIV..... | 34 |
| ♦ Lao màng phổi | 53 |
| ♦ Lao khớp và cột sống | 64 |
| ♦ Lao hạch | 78 |
| ♦ Lao nguyên phát | 83 |
| ♦ Bệnh lao phổi | 93 |
| ♦ Lao màng não | 97 |
| ♦ Lao hệ thống tiêu hóa | 103 |

– Nội soi khung đại tràng và sinh thiết có giá trị chẩn đoán lớn.

– Ngoài ra chúng ta cần phải kết hợp với triệu chứng lâm sàng.

– Các yếu tố cận lâm sàng khác rất quan trọng như : CT scan, siêu âm, chọc dò, và sinh thiết màng bụng nếu có dịch báng.

– Phản ứng miễn dịch học để xác định HIV.

Nói tóm lại chúng ta cần phải kết hợp đầy đủ các yếu tố cần thiết để chẩn đoán chính xác.

9. Biến chứng:

Nếu không chẩn đoán sớm và điều trị sớm, thì các biến chứng sau đây có thể gặp:

a. Tắc ruột do tổn thương mô hạt phát triển bất kín, tổn thương mô xơ làm teo hẹp lòng ruột.

b. Thủng manh tràng gây viêm phúc mạc rất khó chẩn đoán.

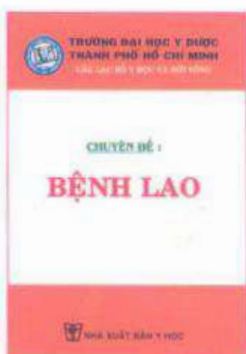
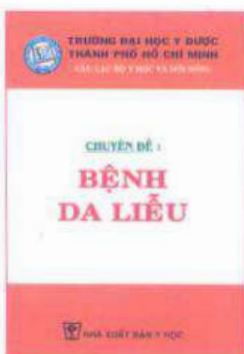
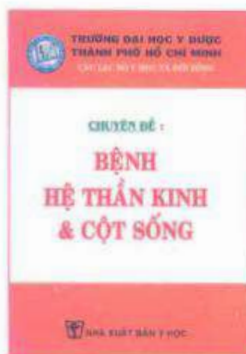
c. Dò tiêu hóa từ manh tràng ra các mô xung quanh lao hạch ổ bụng, lao màng bụng, lao bộ phận sinh dục.

10. Điều trị: Phải phối hợp:

- ♦ Dinh dưỡng.
- ♦ Thuốc kháng lao.
- ♦ Thuốc kháng viêm.
- ♦ Điều trị ngoại khoa.
- ♦ Điều trị triệu chứng.

MỜI BẠN TÌM ĐỌC SÁCH CHUYÊN ĐỀ

Của **CÂU LẠC BỘ Y HỌC VÀ ĐỜI SỐNG**



Phát hành tại nhà sách
QUANG MINH

416 Nguyễn Thị Minh Khai - Q.3 - Tp.HCM
 ĐT: 8322386 - 8340990 - Fax: 84.8.8342457 - 8340990
 E-mail: quangminhbooksh@hcm.vnn.vn

ĐSK 7.3
 4259

0530317

Giá: 11.000đ