

ĐỀ CƯƠNG BỆNH HỌC LAO

Mục Lục

Câu 1: Trình bày các khái niệm: Nguồn lây chính, thời gian nguy hiểm của nguồn lây. Trình bày các yếu tố thuận lợi dễ mắc bệnh lao.....	1
Câu2: Phân biệt nhiễm lao và bệnh lao, cách lây truyền bệnh lao qua đường hô hấp. Nêu các biện pháp phòng bệnh lao ?	2
Câu 3: Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của lao sơ nhiễm.....	4
Câu 4: Trình bày triệu chứng lâm sàng của lao phổi; các biến chứng của lao phổi.	6
Câu 5: Trình bày triệu chứng cận lâm sàng của lao phổi.....	7
Câu 6: Hãy nêu các phác đồ điều trị bệnh lao đang sử dụng tại việt nam (trừ lao đa kháng thuốc).	8
Câu 7: Trình bày triệu chứng lâm sàng của lao màng phổi.	9
Câu 8: Trình bày triệu chứng cận lâm sàng của lao màng phổi.....	9
Câu 9: Chẩn đoán phân biệt với lao màng phổi.	10
Câu 10: Trình bày triệu chứng lâm sàng và yếu tố thuận lợi của lao màng não.....	11
Câu 11: Trình bày các xét nghiệm để chẩn đoán bệnh lao màng não.....	12
Câu 12: Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của lao hạch ngoại biên?	12
Câu 13: Trình bày triệu chứng lâm sàng, các biến chứng, và điều trị lao cột sống.	14
Câu 14: Trình bày triệu chứng cận lâm sàng của lao cột sống.	15
Câu 15: Nêu mối liên quan giữa bệnh lao và nhiễm HIV/AIDS.	16
Câu 16: Trình bày các đặc điểm của bệnh lao (lâm sàng và xét nghiệm) ở người có HIV/AIDS.	16
Câu 17: Hãy nêu 5 thuốc phòng chống lao chủ yếu được sử dụng trong Chương trình Chống lao quốc gia ở Việt Nam: S, R, H, Z, E (cơ chế tác dụng, liều lượng, tác dụng phụ).....	18
Câu 18: Trình bày các nguyên tắc điều trị bệnh lao.....	19
Câu 19: Nêu và phân tích chiến lược thanh toán bệnh lao đến 2030.	20
Câu 20: Chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn (Nêu phác đồ, theo dõi điều trị).....	21
Câu 21: Chẩn đoán và điều trị lao khớp háng.	22
Câu 22: Chẩn đoán và điều trị lao tiết niệu sinh dục.	23
Câu 23: Chẩn đoán phân biệt lao màng não.....	26
Câu 24: Đặc điểm bệnh lao	26

Câu 1: Trình bày các khái niệm: Nguồn lây chính, thời gian nguy hiểm của nguồn lây. Trình bày các yếu tố thuận lợi để mắc bệnh lao.

Nguồn lây chính:

Bệnh nhân lao phổi có vi khuẩn trong đờm phát hiện được bằng phương pháp soi trực tiếp là nguồn lây nguy hiểm nhất (nguồn lây chính).

Thời gian nguy hiểm của nguồn lây:

- Là thời gian từ lúc người bệnh có triệu chứng lâm sàng (thường là ho, khạc đờm) đến khi được phát hiện và điều trị.”
- Thời gian càng dài → phát hiện càng muộn, BN chung sống càng lâu với những người xung quanh → khả năng lây nhiễm cho người khác càng nhiều → cần phải phát hiện sớm bệnh lao (rút ngắn “thời gian nguy hiểm” của nguồn lây).

Các yếu tố thuận lợi để mắc bệnh lao:

- Nguồn lây: tiếp xúc với nguồn lây, nhất là nguồn lây chính.
- Trẻ em chưa tiêm phòng lao bằng vaccine BCG
- Một số bệnh tạo điều kiện thuận lợi :
 - + Trẻ em: suy dinh dưỡng, còi xương, giảm sức đề kháng
 - + Người lớn: ĐTĐ, bụi phổi, loét dạ dày – tá tràng
 - + HIV/AIDS: HIV tấn công vào TB CD4 – TB chỉ huy đáp ứng miễn dịch của cơ thể chống vi khuẩn lao.
 - + Phụ nữ ở thời kỳ thai nghén: bệnh dễ phát sinh và phát triển trong 3 tháng đầu của thời kỳ thai nghén và sau đẻ. Do sự thay đổi nội tiết tố tạo ĐKTL cho vi khuẩn phát triển.
 - + Yếu tố xã hội: các nước nghèo, mức sống thấp bệnh lao thường trầm trọng.
 - + Yếu tố cơ địa: khác nhau về kháng nguyên HLA, về di truyền haptoglobin, về các gen cảm thụ giữa người bệnh và người không mắc bệnh.

Câu2: Phân biệt nhiễm lao và bệnh lao, cách lây truyền bệnh lao qua đường hô hấp. Nêu các biện pháp phòng bệnh lao ?

Phân biệt nhiễm lao và bệnh lao:

<i>Nhiễm lao</i>	<i>Bệnh lao</i>
Là tình trạng có vi khuẩn lao trong cơ thể nhưng không sinh trưởng được do sự khống chế của hệ thống miễn dịch.	Lao là 1 bệnh truyền nhiễm do vi khuẩn lao gây nên.
Cơ thể có khả năng kháng lại không cho vi khuẩn tăng trưởng	Hệ miễn dịch không thể ngăn cản chúng tăng trưởng
Không có triệu chứng lâm sàng , số lượng vi khuẩn ít	Có triệu chứng lâm sàng, số lượng vi khuẩn nhiều
Không thể truyền vi khuẩn	Là nguồn lây chính: truyền qua đường hô hấp là chủ yếu, ngoài ra còn có thể qua đường tiêu hóa, da, niêm mạc

Cách lây truyền bệnh lao qua đường hô hấp:

Vi khuẩn vào cơ thể qua đường hô hấp là phổ biến nhất. Bệnh nhân lao phổi khi họ (hoặc hắt hơi) bắn ra các hạt rất nhỏ lơ lửng trong không khí, phân tán xung quanh người bệnh, người lành hít các hạt này khi thở có thể bị bệnh.

Các biện pháp phòng bệnh lao:

Mục đích:

- Giải quyết nguồn lây: Giảm nguy cơ nhiễm vi khuẩn lao.
- Bảo vệ cơ thể khỏi bị lây: Giảm nguy cơ chuyển từ nhiễm lao sang bệnh lao.

1. Giảm nguy cơ nhiễm vi khuẩn lao

Phát hiện nguồn lây:

- Chú trọng nhất vẫn là phát hiện thụ động những người có triệu chứng nghi lao: ho khạc đờm trên 2 tuần, có họ ra máu.
- Tất cả những trường hợp trên cần thăm khám và làm xét nghiệm 2 mẫu đờm nhuộm soi trực tiếp 2 lần liên tiếp cách nhau tối thiểu 2h để tìm AFB.

→ Việc chẩn đoán điều trị sớm và đúng nguyên tắc là rút ngắn được thời gian lây truyền của nguồn lây, bảo vệ người lành khỏi lây nhiễm và mắc bệnh lao.

Kiểm soát vệ sinh môi trường

- Giảm đậm độ các hạt nhiễm khuẩn trong không khí bằng thông gió tốt
- Bố trí vị trí làm việc hợp lý theo chiều thông gió: Không để không khí đi từ người bệnh đến cán bộ y tế.
- Thay đổi hành vi của người bệnh (vệ sinh hô hấp) nhằm giảm các hạt nhiễm khuẩn ra môi trường

- + Dùng khẩu trang hoặc khăn che miệng khi tiếp xúc nói chuyện với người khác, khi hắt hơi, họ.
- + Khắc đờm vào giấy hoặc cốc, bỏ đúng nơi quy định, rửa tay xà phòng thường xuyên.
- + Lấy đờm xét nghiệm đúng nơi quy định, tốt nhất là ngoài trời, môi trường thông thoáng.

Sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân cho nhân viên y tế

- Khẩu trang thông thường ít có tác dụng bảo vệ nhiễm vi khuẩn lao.
- Những nơi có nguy cơ lây nhiễm cao cần đeo khẩu trang bảo vệ hô hấp đạt tiêu chuẩn như loại N95 hoặc tương đương trở lên.

Giảm tiếp xúc nguồn lây

- Cách ly: nên có nơi chăm sóc điều trị riêng cho người bệnh lao phổi AFB (+), đặc biệt với người bệnh lao đa kháng thuốc,
- Nhân viên y tế cần tuân thủ quy trình khám, chăm sóc người bệnh: khi khám, hỏi bệnh, thực hiện tư vấn để người bệnh quay lưng lại.
- Để bảo vệ cho người nhiễm HIV đến khám: cần xác định những người nghi lao để hướng dẫn họ dùng khẩu trang, chuyển đến phòng cách ly và ưu tiên khám trước để giảm thời gian tiếp xúc.

Điều trị triệt để nguồn lây

- Tuân thủ nguyên tắc chung: điều trị sớm, phối hợp đầy đủ thuốc, thời gian điều trị tấn công phối hợp ít nhất 3 loại thuốc.
- Đảm bảo đủ thời gian, đủ liều lượng, thường xuyên kiểm tra theo dõi việc sử dụng thuốc và diễn biến bệnh.

2. Giảm nguy cơ chuyển từ nhiễm lao sang bệnh lao

Tiêm vaccin BCG

- Do Chương trình Tiêm chủng mở rộng thực hiện nhằm giúp cho cơ thể hình thành miễn dịch chống lại bệnh lao khi bị nhiễm lao.
- Chỉ định tiêm vaccin BCG:
 - + Đối với trẻ không nhiễm HIV được tiến hành cho trẻ sơ sinh và trẻ dưới 1 tuổi
 - + Đối với trẻ nhiễm HIV không có triệu chứng của bệnh HIV/AIDS
- Chống chỉ định:
 - + Trẻ suy giảm miễn dịch bẩm sinh
 - + Nhiễm HIV có triệu chứng lâm sàng của bệnh HIV/AIDS

Điều trị lao tiềm ẩn:

- Tất cả những người nhiễm HIV (người lớn) đã được sàng lọc hiện không mắc bệnh lao.
- Trẻ em dưới 5 tuổi và trẻ 0-14 tuổi có HIV sống cùng nhà với người bệnh lao phổi, những trẻ này được xác định không mắc lao.

Câu 3: Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của lao sơ nhiễm.

Triệu chứng lâm sàng:

1. Lao sơ nhiễm ở phổi:

• Triệu chứng toàn thân:

Triệu chứng không rầm rộ.

Sốt nhẹ về chiều, mệt mỏi, chán ăn, sút cân, đổ mồ hôi.

Thể nặng hơn: sốt dao động (thân nhiệt thay đổi trên dưới 38 C), biểu hiện toàn trạng nặng hơn

• Triệu chứng hô hấp:

Ho dai dẳng, giai đoạn đầu ho khan sau chuyển họ có đờm

Hạch lớn gây chèn ép phế quản, chèn ép trung thất, tắc phế quản gây xẹp phổi rộng: bệnh nhân thở khò khè, khó thở, hội chứng chèn ép trung thất hiếm gặp.

Khám phổi phát hiện các dấu hiệu của xẹp phổi, nghe thấy ran ẩm, ran rít.

• Triệu chứng khác:

- Ở trẻ nhỏ còn gặp hồng ban nút và viêm kết – giác mạc phỏng nước do phản ứng dị ứng với vi khuẩn lao

- Hồng ban nút: Là những nốt nằm ở hạ bì, chắc, đầu tiên có màu đỏ sau chuyển sang màu tím. Đau tự nhiên hoặc chỉ đau khi sờ nắn, tập trung ở mặt trước hai cẳng chân

- Viêm kết - giác mạc phỏng nước: Là một đám tổn thương nốt nhú xung quanh đồ nằm ở nơi tiếp giáp củng – giác mạc, có thể loét tạo thành sẹo để lại một “vảy cá” giác mạc.

2. Lao sơ nhiễm ở ruột:

Các dấu hiệu giống viêm ruột thừa hoặc ỉa chảy kéo dài. Muộn hơn sờ thấy hạch trong ổ bụng.

3. Lao sơ nhiễm ở da – niêm mạc:

Tổn thương thâm nhiễm hoặc loét không đau và viêm nhóm hạch khu vực lân cận.

Cận lâm sàng:

• Phản ứng Mantoux:

- Có giá trị chẩn đoán lao sơ nhiễm khi dương tính ở những trẻ chưa tiêm BCG.

- Phát hiện được hiện tượng chuyển phản ứng giá trị chẩn đoán càng cao.

- Trẻ đã tiêm BCG phải có phản ứng dương tính mạnh: đường kính của cục > 15mm mới có ý nghĩa.

- Chụp phổi:
 - Trên phim quy ước cho thấy phức hợp sơ nhiễm.
 - Ổ loét sơ nhiễm thường nằm ở thùy dưới phổi phải. Là một nốt mờ tròn, không đồng đều, bờ không rõ, đường kính thay đổi.
 - Hạch: mờ tròn, bầu dục hoặc hình nhiều vòng cung, kính thước thường to.
 - Đường bạch huyết: Một vết dài nối liền ổ loét và hạch.
→ *Hình ảnh hạch hay gặp hơn cả, ổ loét nhiều khi không phát hiện được, còn đường bạch huyết rất khó khăn phát hiện.*

Tìm vi khuẩn lao

- Đối với trẻ lớn biết họ khạc: có thể tìm AFB trong đờm.
- Đối với trẻ nhỏ (do nuốt đờm): phải tìm vi khuẩn trong dịch dạ dày hoặc dịch phế quản.
- Kỹ thuật soi trực tiếp: Tỷ lệ tìm thấy trực khuẩn lao rất thấp
- Kỹ thuật nuôi cấy nhanh: BACTEC 460 hoặc MGIT.
- Soi phế quản:
 - Khó thực hiện soi phế quản trên trẻ nhỏ và phải gây mê.
- Phân tích máu
 - Công thức bạch cầu: Số lượng bạch cầu bình thường hoặc tăng nhẹ, tỷ lệ lympho bào tăng.
 - Tốc độ lắng máu tăng.
- Kỹ thuật khác: Do ít khi tìm thấy vi khuẩn lao trong đờm, tìm vi khuẩn lao bằng các kỹ thuật khác như PCR, ELISA, kháng thể kháng lao sẽ giúp chẩn đoán chính xác hơn.
- Đối với lao sơ nhiễm tiêu hoá và lao sơ nhiễm da niêm mạc:
 - Có thể tiến hành soi ổ bụng sinh thiết hạch, sinh thiết tổn thương ở da, niêm mạc, các hạch. Nghiên cứu vi sinh, tế bào và mô bệnh học là rất cần thiết.

Câu 4: Trình bày triệu chứng lâm sàng của lao phổi; các biến chứng của lao phổi.**Triệu chứng lâm sàng:**

	Thời kỳ bắt đầu	Thời kỳ toàn phát
	<ul style="list-style-type: none"> * Khoảng 10-20% khởi bệnh cấp tính: Sốt cao, ho, đau ngực nhiều, khó thở. Hay gặp trong thể viêm phổi bã đậu, phế quản phế viêm do lao. * Đa số TH bệnh bắt đầu từ từ với các dấu hiệu của HC Nhiễm trùng nhiễm độc lao 	Các triệu chứng nặng dần lên và giảm sau đó lại trở lại mức độ nặng diễn biến từng đợt, có thời gian hơn.
Toàn thân	<ul style="list-style-type: none"> - Sốt nhẹ về chiều-tối, ra mồ hôi đêm. - Mệt mỏi, giảm khả năng làm việc. - Ăn kém, gầy sút, da xanh. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sốt dai dẳng về chiều tối. - Suy kiệt. - Da xanh, niêm mạc nhợt.
Cơ năng	<ul style="list-style-type: none"> - Ho, khạc đờm (hay gặp nhất): Đờm nhầy, vàng nhạt/xanh hoặc mủ đặc. - Ho ra máu (10%): ít, có đuôi khải huyết - Đau ngực (không gặp thường xuyên): thường đau ở vị trí cố định - Khó thở: chỉ gặp khi tổn thương rộng ở phổi, hoặc bệnh phát hiện muộn. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ho ngày càng tăng, có thể ho ra máu. - Đau ngực liên tục. - Khó thở cả khi nghỉ ngơi.
Thực thể	<ul style="list-style-type: none"> - Nghèo nàn, không rõ rệt. - Một số trường hợp RRPN giảm ở đỉnh phổi hoặc vùng liên sườn, cột sống. - Dấu hiệu có giá trị: Nghe rale nổ cố định một trí, (thường ở vùng cao phổi). 	<ul style="list-style-type: none"> - Nhìn: Lồng ngực bị lép bên tổn thương do các khoang liên sườn hẹp lại. - Vùng đục của tim bị lệch sang bên tổn thương. - Nghe có nhiều rale ẩm, nổ và có thể có tiếng thổi hang.

Biến chứng:

- Ho ra máu:
 - Là biến chứng thường gặp trong lâm sàng.
 - Số lượng máu có thể nhiều hoặc ít, trường hợp ho ra máu nhiều người bệnh có thể tử vong.
 - Đây là một cấp cứu phải xử trí kịp thời.
- Tràn khí màng phổi:
 - Do vỡ hang lao hoặc vỡ phế nang bị giãn
 - Bệnh nhân đau ngực đột ngột kèm theo khó thở.
 - Là một cấp cứu, cần phải chẩn đoán và xử trí kịp thời.

- Bội nhiễm:
 - Bệnh nhân có triệu chứng cấp tính: Sốt cao, ho nhiều đờm
 - Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng, trong đó tăng tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính.
 - Cần phải điều trị phối hợp thêm kháng sinh.
- Lao nhiều bộ phận trong cơ thể:
 - Từ phổi, vi khuẩn lao theo đường máu và bạch huyết, gây lao ở nhiều bộ phận như lao hạch, lao các màng, lao xương khớp.
 - Trong đó lao màng não là thể lao nặng nhất, bệnh nhân có thể tử vong.
- Tâm phế mạn tính:
 - Do giảm diện tích phổi tham gia hô hấp, bệnh nhân bị suy hô hấp kéo dài, dẫn đến tâm phế mạn, cuối cùng là tử vong trong bệnh cảnh suy tim, suy hô hấp.

Câu 5: Trình bày triệu chứng cận lâm sàng của lao phổi.

- **XN đờm: (quan trọng nhất)**
 - Nhuộm soi đờm trực tiếp tìm AFB: xét nghiệm 2 mẫu đờm tại chỗ cách nhau ít nhất 2 giờ.
 - XN Gen Xpert MTB/ RIF: cho kết quả sau 2 giờ với độ nhạy và đặc hiệu cao. Ngoài ra cho biết tình trạng kháng thuốc Rifampicin.
 - Kỹ thuật nuôi cấy đờm tìm VI KHUẨN:
 - + Nuôi cấy trên môi trường đặc cho kết quả dương tính sau 3-4 tuần.
 - + Nuôi cấy trong môi trường lỏng (MGIT - BACTEC) cho kết quả dương tính sau 2 tuần.

- **Chẩn đoán hình ảnh:**

XQ ngực thẳng, nghiêng:

Những tổn thương cơ bản của Lao phổi:

- Thâm nhiễm: đám mờ dưới xương đòn, kích thước khác nhau, giới hạn không rõ. Nốt: kích thước khác nhau (TB 5-10mm), nằm rải rác 2 phổi hoặc tập trung nhiều 1 vùng.
- Hang: 1 hình sáng, bờ khép kín, kích thước khác nhau. Hang cũ: thành mỏng và độ phản quang đậm. Hang mới: thành dày.
- Ngoài ra có tổn thương xơ (dải, đám)

Chụp cắt lớp vi tính (CT scanner) : phát hiện chính xác tổn thương và vị trí tổn thương Chỉ sử dụng khi tổn thương không rõ trên Xquang chuẩn hoặc khi cần chẩn đoán phân biệt lao phổi với các bệnh lý phổi khác.

Siêu âm: Chỉ sử dụng để thăm dò tình trạng động mạch phổi hoặc tim khi nghi có biến chứng tâm phế mạn do lao phổi hoặc có kèm theo lao màng phổi.

• **Các kỹ thuật khác**

Xét nghiệm máu

- Số lượng hồng cầu thường không giảm, trừ khi bệnh diễn biến lâu, cơ thể suy kiệt, bạch cầu thường không tăng, tỷ lệ TB Lympho có thể tăng. Tốc độ máu lắng cao

Phản ứng Mantoux

- Dương tính mức độ trung bình trong bệnh lao phổi.
 - Âm tính: có thể gặp khi bệnh diễn biến kéo dài, có thể suy kiệt
 - Một số TH góp phần chẩn đoán phân biệt Lao phổi với Ung thư phổi, giữa lao và bệnh sarcoid

Chức năng hô hấp

- Tổn thương nhỏ thì ít ảnh hưởng đến chức năng thông khí
 - Tổn thương rộng thì có RL thông khí hạn chế (FVC giảm)
 - Tổn thương phế quản phổi hợp thì có RL thông khí hỗn hợp (FVCV, FEV1, Tiffeneau giảm).
 - Các thành phần trong khí máu (PaO_2 , SaO_2 , $PaCO_2$) có thể thay đổi khi tổn thương phổi rộng và kéo dài.

Điện tâm đồ: Ở giai đoạn muộn (khi có biến chứng tâm phế mạn): có sóng P phế, tăng gánh thất phải, dày thất phải

Câu 6: Hãy nêu các phác đồ điều trị bệnh lao đang sử dụng tại Việt Nam (trừ lao đa kháng thuốc).

Phác đồ A1: 2RHZE/4RHE

+ Giai đoạn tấn công kéo dài 2 tháng, gồm 4 loại thuốc dùng hàng ngày.
 + Giai đoạn duy trì kéo dài 4 tháng, gồm 3 loại thuốc là R, H và E dùng hàng ngày.
 - Chỉ định: cho các trường hợp bệnh lao người lớn không có bằng chứng kháng thuốc.

Phác đồ A2: 2RHZE/4RH

+ Giai đoạn tấn công kéo dài 2 tháng, gồm 4 loại thuốc dùng hàng ngày.
 + Giai đoạn duy trì kéo dài 4 tháng, gồm 2 loại thuốc là R và H dùng hàng ngày.
 - Chỉ định: cho các trường hợp bệnh lao trẻ em không có bằng chứng kháng thuốc.

Phác đồ B1: 2RHZE/10RHE

+ Giai đoạn tấn công kéo dài 2 tháng, gồm 4 loại thuốc H, R, Z, E dùng hàng ngày.
 + Giai đoạn duy trì kéo dài 10 tháng, gồm 3 loại thuốc là R, H, E dùng hàng ngày.
 - Chỉ định: lao màng não, lao xương khớp và lao hạch người lớn.

Phác đồ B2: 2RHZE/10RH

+ Giai đoạn tấn công kéo dài 2 tháng, gồm 4 loại thuốc H, R, Z, E dùng hàng ngày.
 + Giai đoạn duy trì kéo dài 10 tháng, gồm 2 loại thuốc là R, H dùng hàng ngày.
 - Chỉ định: lao màng não, lao xương khớp và lao hạch trẻ em.

Câu 7: Trình bày triệu chứng lâm sàng của lao màng phổi.

- Dấu hiệu toàn thân: Hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc mạn
 - + Xanh xao, mệt mỏi, gầy sút
 - + Sốt liên tục, $38^{\circ}\text{C} - 40^{\circ}\text{C}$
 - + Mạch nhanh, huyết áp hạ
 - + Buồn nôn, nôn
 - + Lượng nước tiểu ít.
- Dấu hiệu cơ năng
 - + Ho khan: từng cơn xuất hiện đột ngột khi thay đổi tư thế.
 - + Đau ngực hoặc cảm giác tức nặng ngực.
 - + Khó thở: thường xuyên, cả hai thì, tăng dần.
- Dấu hiệu thực thể:
 - Đối với thể tràn dịch màng phổi tự do:
 - + Giai đoạn sớm: Khó phát hiện HC 3 giảm do lượng dịch quá ít.
 - + Giai đoạn muộn: Khám thấy hội chứng 3 giảm bên phổi bị bệnh và các cơ quan, trung thất bị đẩy sang bên đối diện nếu tràn dịch màng phổi lượng nhiều.
 - Nhìn: Lồng ngực bên tràn dịch vòng lên, di động giảm khe gian sườn giãn rộng.
 - Sờ: Rung thanh giảm.
 - Gõ đục.
 - Nghe: RRPN giảm/mất, có thể có tiếng cọ MP, tiếng thổi MP, ran nổ - ẩm nếu có tổn thương ở nhu mô phổi.
 - Đối với tràn dịch màng phổi khu trú: Khó phát hiện HC 3 giảm.

Câu 8: Trình bày triệu chứng cận lâm sàng của lao màng phổi.

1. Chẩn đoán hình ảnh

- Siêu âm MP và X quang phổi (thẳng, nghiêng) → xác định có dịch MP.
 - TDMP ít (0,5l): Đám mờ đều vùng đáy phổi, mất góc sườn hoành.
 - TDMP trung bình (1-2l): Đám mờ đậm đều, chiếm 1/2 - 2/3 trường phổi, trung thất bị đẩy sang bên đối diện. Có thể thấy giới hạn trên của vùng mờ là một đường cong mặt lõm hướng lên trên (Damoisseau).
 - TDMP nhiều (>2l): Mờ đều, đậm toàn bộ trường phổi, trung thất bị đẩy sang đối diện, khe gian sườn giãn rộng, cơ hoành bị đẩy xuống thấp.
 - TDMP khu trú:
 - + Tràn dịch rãnh liên thùy: Đám mờ đều hình thoi.

- + Trần dịch màng phổi nách: Đám mờ đều, giới hạn rõ nằm tiếp giáp ở lồng ngực phía ngoài.
- + Trần dịch vùng trung thất: Bóng trung thất rộng không đối xứng.
- TDMP + TKMP: Phía dưới là vùng tràn dịch mờ đậm đều, phía trên là vùng tràn khí quá sáng thuần nhất, ranh giới giữa hai vùng là một đường nằm ngang.

2. Chọc hút dịch và xét nghiệm dịch màng phổi

- Tính chất chung: Màu vàng chanh (hồng hoặc đục), dính, có thể đông lại sau khi được hút ra (nhiều albumin).

Sinh hóa:

- + Albumin > 30 g/l.
- + Fibrin > 6g/lít.
- + Glucose DMP < glucose máu.
- + Phản ứng Rivalta (+)
- + Men LDH tăng.
- Tế bào: Tăng chủ yếu BC lympho.
- Vi khuẩn
 - + Soi trực tiếp: khó thấy
 - + Soi thuần nhất DMP: AFB (+) 5-10%
 - + Nuôi cấy DMP: AFB (+) 20-40%
- Các kỹ thuật xét nghiệm mới: PCR, ELISA, Nuôi cấy môi trường MGIT BATEC có khả năng chẩn đoán tốt, cần áp dụng cho TH khó chẩn đoán và có ĐK áp dụng.

3. Phản ứng Mantoux (+) mạnh.

4. Sinh thiết màng phổi: xét nghiệm giải phẫu bệnh tìm tổn thương lao đặc hiệu.

Câu 9: Chẩn đoán phân biệt với lao màng phổi.

Tràn dịch MP do ung thư

- Tuổi > 50
- Dịch màu hồng, đỏ tỷ lệ 90%
- Có thể lúc đầu tràn dịch màu vàng chanh, nhưng sau chuyển sang tràn dịch máu.
- Dịch tái phát nhanh, men LDH trong dịch MP tăng cao > 500 đơn vị
- Tìm thấy tế bào ác tính trong dịch MP: tỷ lệ dương tính 40-60%
- Sinh thiết, Siêu âm, CLVT màng phổi.

Tràn dịch MP do tạp khuẩn

- Hội chứng nhiễm khuẩn cấp tính
- Dịch MP đục hoặc mủ
- Xét nghiệm dịch MP: Nhiều BCĐN thoái hóa (tế bào mủ)
- Soi tươi, nuôi cấy dịch MP tìm được VI KHUẨN gây bệnh.

Tràn dịch MP do virus

Thường tràn dịch ít

Dịch trong

Dịch hấp thu nhanh

Xét nghiệm dịch MP: Nhiều BC lympho

TDMP do nguyên nhân khác

Tại phổi: Viêm phổi cấp tính, Nhồi máu phổi

Ngoài phổi: suy tim, xơ gan cổ trướng, HC thận hư, HC Demons Meigs

Câu 10: Trình bày triệu chứng lâm sàng và yếu tố thuận lợi của lao màng não.

Triệu chứng lâm sàng :

1. Thời kỳ khởi phát

Khởi phát lao MN thường đa dạng, tuy nhiên có đặc điểm chung như sau:

- Thường khởi phát từ từ, kéo dài vài tuần, với các biểu hiện HCND lao: sốt về chiều và tối, mệt mỏi, ăn ngủ kém, gầy sút cân, ra mồ hôi trộm, da xanh... Có thể kèm dấu hiệu về TK, lúc đầu thường nhẹ, thoáng qua và tăng dần: Nhức đầu, buồn nôn, mất ngủ, thay đổi tính tình, đôi khi bại nhẹ thoáng qua hoặc co giật cục bộ....
- Trẻ em thường hay bỏ ăn, bỏ chơi, hay buồn ngủ.
- Một số TH bệnh khởi phát đột ngột, không điển hình với các biểu hiện: Loạn thần, co giật, sốt cao liên tục, có HC màng não rõ từ đầu.
- Tuy nhiên, những trường hợp này thường là do không được theo dõi từ đầu, khi phát hiện ra bệnh đã là giai đoạn nặng.

2. Thời kỳ toàn phát

- HC NTND: sốt đa dạng, có thể sốt nhẹ về chiều hoặc sốt cao liên tục, sốt giao động... kèm các biểu hiện nhiễm độc lao rõ và cơ thể gầy yếu, suy kiệt nhanh.
- HC màng não: Xuất hiện từ từ, ngày một rõ và đầy đủ hơn. Nhức đầu âm ỉ thường xuyên, đôi khi nhức đầu dữ dội. Có triệu chứng tăng kích thích, sợ ánh sáng, tăng trương lực cơ...khám thấy dấu hiệu MN (+).
- Các triệu chứng tổn thương TK khu trú: Hay gặp nhất là HC nền, biểu hiện bằng các triệu chứng tổn thương dây TK sọ não, vùng nền não, nhất là các dây II, III, IV, VI, VIII.... Nặng hơn có thể tổn thương các dây IX, X, XI... hoặc liệt nửa người, liệt tứ chi...
- Nếu không được điều trị kịp thời, sẽ có rối loạn ý thức, bán hôn mê, hôn mê và tử vong.

Điều kiện thuận lợi

- Đang mắc các thể lao tiên phát (lao sơ nhiễm ở trẻ em, lao phổi ở người lớn) mức độ nặng,
- Sức đề kháng suy giảm: suy dinh dưỡng, sau nhiễm virus, không tiêm BCG, nhiễm HIV, DTĐ

Câu 11: Trình bày các xét nghiệm để chẩn đoán bệnh lao màng não.

1. Xét nghiệm dịch não tủy:

- Màu trong/vàng chanh, áp lực tăng.
- Xét nghiệm tìm vi khuẩn lao bằng nhiều phương pháp: Có vi khuẩn lao trong dịch não tủy là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán.
- Xét nghiệm sinh hóa:
 - + Protein tăng (1-5g/l).
 - + Đường: giảm
 - + Muối: giảm
- Xét nghiệm tế bào:
 - + Số lượng tế bào tăng (<500TB/ml)
 - + Trong 2 tuần đầu: tăng BCDNTT.
 - + Sau 2 tuần: TB lympho chiếm ưu thế.

2. Chụp X-quang phổi:

- Hay gặp nhất là hình ảnh tổn thương sơ nhiễm (ở trẻ em): 60-70%
- Hình ảnh lao kê ở phổi: 20-30%

3. Chụp CT Scanner, MRI não:

- Tìm tổn thương lao ở nhu mô não và chẩn đoán bệnh ở não do các nguyên nhân khác. Có thể thấy hình ảnh giãn não thất. Đôi khi thấy được củ lao ở não (khi cắt lớp mỏng).

4. Phản ứng Mantoux: Thường (+). Những TH bệnh ở giai đoạn nặng hoặc có những điều kiện đặc biệt: trẻ nhỏ, người già...có thể (-) → chỉ có giá trị tham khảo.

5. Xét nghiệm máu: Thường có thay đổi: bạch cầu tăng, máu lắng tăng phù hợp với bệnh cảnh nhiễm trùng. Tính đặc hiệu cho lao màng não không rõ.

6. Tìm kháng nguyên lao trong huyết thanh và trong dịch não tủy: Rất có giá trị chẩn đoán nếu thấy kháng nguyên lao trong dịch não tủy.

Câu 12: Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của lao hạch ngoại biên?

Triệu chứng lâm sàng:

Toàn thân:

- HC NT không rầm rộ: sốt gặp 20 -30%, sốt nhẹ-vừa về chiều tối, sốt kéo dài, điều trị kháng sinh không hết sốt.
- HC ND không rõ: người mệt mỏi, da xanh, ăn uống kém, trẻ em có thể ra mồ hôi trộm.

HCND rõ hơn khi phối hợp với lao các cơ quan khác.

Cơ năng:

Hạch xuất hiện tự nhiên, to dần, không đau, không đỏ.

Triệu chứng của lao bộ phận khác đi kèm nếu có.

Thực thể:

Vị trí hạch bị lao:

- Nhóm hạch ở cổ chiếm 70% TH LHNB, hay gặp nhóm hạch dọc cơ ức đòn chũm, sau đến hạch thượng đòn, hạch dưới hàm. Hạch bẹn rất ít gặp.
 - Thường gặp 1 bên, bên P gặp đôi bên T.
- Đặc điểm tính chất hạch bị lao:
- Xuất hiện tự nhiên, sưng to dần, không đau, mặt độ hơi chắc, mặt nhẵn, không nóng, không đau, không tấy đỏ.
 - Thường là 1 nhóm hạch cùng sưng, kích thước không đều, tạo thành chuỗi, hoặc có khi là 1 hạch to đơn độc.
 - Hạch lao phát triển qua các giai đoạn:
- Giai đoạn đầu: hạch bắt đầu sưng to, kích thước không đều, chưa dính vào nhau và chưa dính vào da nên dễ di động.
- Giai đoạn sau: có thể dính vào nhau, vào da và các tổ chức xung quanh gây hạn chế di động.
- Giai đoạn nhuyễn hóa: hạch mềm dần, tấy đỏ, không nóng, không đau, hạch hóa mủ dễ vỡ tạo lỗ rò lâu liền, miệng lỗ rò tím ngắt và tạo sẹo nhăn nhúm.

Cận lâm sàng

1. Chọc hút hạch để CD TB học:
 - Xét nghiệm đầu tiên CD LHNB
 - Lao hạch điển hình, TB đồ bao giờ cũng gặp: chất hoại tử bã đậu, TB không lồ (Langhans) và TB bán liên.
2. Chọc hút hạch tìm VI KHUẨN lao:
 - Có ý nghĩa quyết định nhất trong chẩn đoán
 - Các phương pháp sử dụng
 - + Nhuộm soi trực tiếp: tỷ lệ tìm thấy BK > 15%
 - + Nuôi cấy môi trường MGIT BATEC, PCR: có ý nghĩa quyết định
3. Sinh thiết hạch: (có giá trị quan trọng CD LHNB)
 - Mô bệnh học: nang lao điển hình.
 - Tìm vi khuẩn lao bằng pp soi trực tiếp, nuôi cấy, PCR
4. Phản ứng da với Tuberculin (-) mạnh (>80%), phỏng nước nơi tiêm.
5. XQ ngực, CT ngực: vì lao hạch là thứ phát sau lao sơ nhiễm hoặc lao phổi, nên có thể thấy các tổn thương phổi hợp lao sơ nhiễm, lao phổi, lao màng phổi hoặc các vết tích tổn thương phổi do lao cũ như nốt vôi, dải xơ
6. XN đờm AFB: Nhuộm soi trực tiếp và nuôi cấy có thể (+) nếu kèm theo lao phổi.
7. XN máu: HC bình thường hoặc giảm nhẹ, BC không cao, tỷ lệ lympho tăng. Tốc độ máu lắng tăng cao.
8. XN miễn dịch: Phản ứng chuyển dạng lympho bào, Phản ứng ức chế di tản đại thực bào → CD phân biệt.

Câu 13: Trình bày triệu chứng lâm sàng, các biến chứng, và điều trị lao cột sống.**Triệu chứng lâm sàng**

	<i>GD Khởi phát</i>	<i>GD Toàn phát</i>	<i>GD Cuối</i>
Toàn thân	HC NTNĐ mạn: Sốt nhẹ-vừa về chiều-tối, kéo dài, mệt mỏi ăn ngủ kém, gầy sút cân, da xanh tái, ra mồ hôi trộm	HC NTNĐ rõ: Sốt liên tục, kéo dài, tăng cao về chiều-tối, ăn ngủ kém, gầy sút cân, da xanh tái.	
Cơ năng	<p>Chủ yếu là đau</p> <p>-Đau tại chỗ (vùng CS tổn thương):</p> <p>+ Đau cố định</p> <p>+ Tăng khi vận động, mang vác. Giảm khi nghỉ ngơi.</p> <p>+ Đau tăng dần, dùng các thuốc giảm đau không bớt.</p> <p>-Đau kiểu rễ (do tổn thương kích thích một vài nhánh của rễ thần kinh cả 2 hoặc 1 bên)</p> <p>+ Tổn thương ở vùng cổ: đau lan xuống cánh tay.</p> <p>+ Tổn thương ở vùng lưng: đau lan xuống dưới theo đường đi của dây TK đùi hay dây TK hông to.</p> <p>+ Tính chất: đau dai dẳng, kéo dài, ngày càng tăng.</p>	<p>- Đau cố định một vùng, đau liên tục, tăng dần.</p> <p>- Đau lan kiểu rễ rõ rệt.</p> <p>- Hạn chế vận động (cúi, nghiêng, ngửa, quay).</p>	<p>- Điều trị đúng: triệu chứng toàn thân tốt lên, tổn thương ngừng tiến triển, áp xe lạnh thu nhỏ.</p> <p>→ sau 1 – 2 năm: CS dính lại, vùng bị phá huỷ được tái tạo dần.</p> <p>→ Di chứng: gù, hạn chế vận động.</p> <p>- Không điều trị hoặc cơ thể quá suy kiệt: bệnh có thể nặng dần, tổn thương lan rộng vào các tạng khác, chèn ép tuỷ.</p> <p>→ Chết vì biến chứng TK và nhiễm trùng.</p>
Thực thể	<p>- Khám cột sống tại vị trí tổn thương: có đoạn cứng đờ, không mềm mại khi làm động tác (cúi, ngửa, nghiêng, quay).</p> <p>Gõ đau rõ.</p> <p>- Khối cơ hai bên cơ cứng.</p> <p>- Trục cột sống thẳng chưa vẹo sang một bên, chưa thấy hình lồi của cột sống.</p>	<p>- Đốt sống bị lồi ra phía sau: Nhìn và sờ thấy rõ, một số TH thấy cột sống vùng tổn thương vẹo sang một bên.</p> <p>DH Chèn ép tuỷ (do ĐS và đĩa đệm bị phá huỷ nặng, di lệch và chèn ép vào tuỷ sống gây liệt) → Thường liệt mềm 2 chi dưới, liệt từ từ tăng dần, kèm giảm cảm giác và RL cơ tròn.</p> <p>+/- Triệu chứng lao bộ phận khác (màng, nội tạng, hạch)</p>	

Biến chứng

- Giai đoạn khởi phát: Bệnh có thể khởi hoàn toàn, không để lại di chứng. Giai đoạn toàn phát: tùy theo mức độ tổn thương, phương pháp xử trí
- Biến chứng gù vẹo cột sống, giảm khả năng lao động
- Chèn ép tủy sống, rễ thần kinh: gây liệt, rối loạn cơ tròn, mất khả năng lao động
- Giai đoạn cuối: không điều trị, cơ thể quá suy yếu, liệt nặng...có thể tử vong nhiễm khuẩn, suy mòn.

Điều trị

1. Điều trị nội khoa:
 - Thuốc chống lao theo phác đồ
 - Bất động vùng tổn thương bằng bột hoặc áo nẹp cột sống
2. Phục hồi chức năng
 - Phục hồi cơ quan vận động
 - Chống viêm, loét do tỳ đè
3. Điều trị ngoại khoa
 - Loại bỏ phần lớn ổ tổn thương (dọn dẹp ổ lao)
 - Giải phóng chèn ép tủy, rễ thần kinh, hàn xương liên thân đốt
 - Điều trị chỉnh hình: Thay thế thân đốt sống, chỉnh gù cột sống, cố định cột sống bị mất vững

Câu 14: Trình bày triệu chứng cận lâm sàng của lao cột sống.

<i>GD Khởi phát</i>	<i>GD Toàn phát</i>
X quang CS thẳng, nghiêng (chẩn đoán sớm LCS): + Đĩa đệm hẹp. + Đường viền đốt sống mờ, ĐS tổn thương kém đậm hơn. + Thân ĐS bị phá hủy nhẹ (nhất là phần trước và mặt trên) + Phần mềm quanh ĐS hơi đậm. + CLVT, MRI: hình khuyết ở thân ĐS. Sinh thiết đốt sống bằng kim/phẫu thuật: xét nghiệm TB học, mô bệnh học và tìm vi khuẩn. - Phản ứng Mantoux (+) - Xét nghiệm máu: tốc độ máu lắng tăng cao.	- Xquang: 3 biểu hiện chủ yếu + Đĩa đệm hẹp nhiều, gần như mất. + Thân ĐS bị phá hủy nhiều (nhất là phần trước), tạo nên hình chêm và tụt ra phía sau (phim nghiêng). + Hình áp xe lạnh quanh vùng tổn thương (trên phim thẳng). - Hút dịch mũ áp xe lạnh: tìm vi khuẩn lao. - Phản ứng Mantoux (+) Xét nghiệm máu: tốc độ máu lắng cao.

Câu 15: Nêu mối liên quan giữa bệnh lao và nhiễm HIV/AIDS.

Giữa bệnh lao và nhiễm HIV có một mối liên quan đặc biệt. Hai bệnh này tương tác qua lại vòng xoắn bệnh lý dẫn đến hậu quả là cuộc đời của những bệnh nhân lao đồng nhiễm HIV càng ngắn lại.

1. Mối liên quan giữa nhiễm HIV và Lao:

- HIV tấn công phá huỷ lympho T_{CD4} => cơ thể suy giảm sức chống lại sự phát triển của vi khuẩn lao => rút ngắn thời gian chuyển từ nhiễm lao sang bệnh.
- Khả năng mắc bệnh lao của người nhiễm HIV là 50%.
- Người nhiễm HIV có nguy cơ bị bệnh lao gấp từ 10-30 lần người không nhiễm và từ nhiễm lao chuyển thành bệnh lao là 10% cho 1 năm.
- Bệnh thường tiến triển nhanh và tràn lan.

2. Mối quan hệ giữa bệnh lao và nhiễm HIV:

Quá trình huỷ hoại tế bào tổ chức của bệnh lao tạo ra TNF α và IL6 có tác dụng kích thích HIV nhân lên nhanh hơn => T_{CD4} phá huỷ nhiều hơn
=> quá trình suy giảm miễn dịch nặng nề hơn.

Câu 16: Trình bày các đặc điểm của bệnh lao (lâm sàng và xét nghiệm) ở người có HIV/AIDS.

1. Lâm sàng:

1.1. Triệu chứng của bệnh nhân Lao:

- Giai đoạn sớm: triệu chứng giống người không nhiễm HIV.
- Giai đoạn muộn: triệu chứng không điển hình lẫn lộn với triệu chứng của bệnh phổi cơ hội khác hoặc của AIDS.
- Thể lao phổi chiếm tỷ lệ cao nhất với các triệu chứng gợi ý như:
 - + Ho kéo dài
 - + Sốt
 - + Tổn thương gần phổi: lao màng phổi, lao hạch khí - phế quản
- Sau đó là các lao ngoài phổi: lao màng bụng, màng tim và lao hạch với đặc điểm viêm hạch toàn thân.
- T_{CD4} < 200/mm³ thường có lao cấp và nặng nề: lao kê, lao màng não, lao nhiều bộ phận.
- Thể loại đặc biệt khác: u lao ở não và áp xe lạnh ở thành

1.2. Triệu chứng gợi ý nhiễm HIV:

Triệu chứng gợi ý BN lao nhiễm HIV:

- + Hạch to toàn thân
- + Nấm Candida miệng + Ỉa chảy kéo dài
- + Mụn giộp tái phát nhiều lần

- + Viêm da
- + Các khối sarcoma Kaposi trên da

1.3. Tiền sử gợi ý HIV/AIDS:

- Nghiện ma túy
- Quan hệ tình dục không an toàn với nhiều người
- Trẻ em được sinh ra từ những người mẹ bị nhiễm HIV
- Đến từ vùng có tỷ lệ nhiễm HIV cao

2. Xét nghiệm:

2.1. Tìm vi khuẩn Lao trong đờm

- Ít thấy vi khuẩn lao kháng cồn, kháng acid bằng phương pháp soi trực tiếp nên cần sử dụng kỹ thuật nuôi cấy, nhất là kỹ thuật nuôi cấy nhanh: MGIT, BACTEC 460
- Có thể gặp cả trực khuẩn kháng cồn, kháng acid không điển hình như: MAI, M. Kansasii, M. Xenopi... là nguyên nhân gây bệnh.

2.2. X Quang phổi:

- Thường rộng, gặp cả ở thùy dưới, lan tràn cả hai phế trường.
- Dạng cơ bản: chủ yếu nốt loét, ít có tổn thương hạn và xơ
- Phổi hợp: hạch trung thất và tràn dịch màng phổi

2.3. Phản ứng Mantoux:

- Phản ứng Mantoux ở người bị bệnh lao HIV (+) có tỉ lệ dương tính thấp
 - Khi ở giai đoạn AIDS phản ứng hoàn toàn âm tính.
- => Có thể chấp nhận phản ứng dương tính khi kích thước của cục phản ứng 5mm

2.4. Các xét nghiệm khác:

- Phản ứng trùng hợp chuỗi (PCR)
- Sinh thiết hạch: cần phân biệt hạch của HIV và hạch lao.
- Cấy máu tìm vi khuẩn lao: trong trường hợp lao kê, cấy máu thấy trực khuẩn lao mọc với tỷ lệ cao

Câu 17: Hãy nêu 5 thuốc phòng chống lao chủ yếu được sử dụng trong Chương trình Chống lao quốc gia ở Việt Nam: S, R, H, Z, E (cơ chế tác dụng, liều lượng, tác dụng phụ).

	<i>Cơ chế tác dụng</i>	<i>Liều lượng</i>	<i>Tác dụng phụ hay gặp</i>
Rifampicin	<ul style="list-style-type: none"> - Ức chế tổng hợp các acidnucleic của vi khuẩn, hình thành phức hợp ARN - polymerase làm men này ngừng hoạt động → không tổng hợp được ARN mới. - Diệt trùng và tiết trùng. - tác dụng với các gram (+) và (-) và vi khuẩn lao không điển hình 	Hàng ngày và cách quãng là 10 mg/kg cho trẻ em và người lớn	<ul style="list-style-type: none"> - Kích thích đường tiêu hóa: đau bụng, buồn nôn, nôn, ỉa chảy - Viêm nhiễm độc gan do ứ mật; hay gặp dùng Rifampicin liều cao, ở BN suy gan, trẻ nhỏ tuổi. - Biểu hiện miễn dịch, dị ứng như: HC giả cúm, nổi ban trên da, sốc phản vệ
Streptomycin	<ul style="list-style-type: none"> - Ức chế tổng hợp các protein của vi khuẩn - Diệt vi khuẩn lao ngoài tế bào, vi khuẩn lao sinh sản nhanh ở vách hang lao 	<ul style="list-style-type: none"> - Hàng ngày và cách quãng là 15mg/kg - Liều tối đa: 1g/ ngày - Dưới 50 kg chỉ dùng 0,75g/ ngày 	<ul style="list-style-type: none"> - Viêm dây TK số VIII: <ul style="list-style-type: none"> + Với nhánh tiền đình: hoa mắt, chóng mặt, ù tai, mất thăng bằng, có thể hồi phục được + Với nhánh ốc tai: gây điếc không hồi phục - Gây dị ứng ở nhiều mức độ: tê rần ở môi, ban đỏ ngứa, phù Quink, đỏ da toàn thân - Suy chức năng thận - Độc với thai nhi
Isoniazid	<ul style="list-style-type: none"> - Phá hủy màng của vi khuẩn làm mất tính kháng toan của vi khuẩn, ức chế sự tổng hợp polysaccarid của màng vi khuẩn trong đó có acid mycolic - Diệt vi khuẩn lao trong và ngoài tế bào. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hàng ngày: 5mg/kg - Tối đa 300mg - Cách quãng 3 lần/tuần ; 10mg/kg 	<ul style="list-style-type: none"> - Viêm gan - Viêm dây TK ngoại biên do tăng đào thải vitamin B6 qua đường tiết niệu - RL tâm thần - Viêm da - RL nội tiết (vú to ở nam)
Ethambutol	<ul style="list-style-type: none"> - Phá hủy màng của vi khuẩn làm mất tính kháng toan của vi khuẩn, ức chế sự tổng hợp polysaccarid của màng vi khuẩn trong đó có acid mycolic - Kìm khuẩn 	<ul style="list-style-type: none"> - Hàng ngày 15mg/kg - Cách quãng 30mg/kg 	<ul style="list-style-type: none"> - Viêm thần kinh thị giác làm giảm thị lực, rối loạn nhận cảm màu sắc

Pyrazinamid	<ul style="list-style-type: none"> - Diệt và tiết vi khuẩn lao nội bào nằm trong ĐTB. - Diệt vi khuẩn lao những vùng tổn thương viêm 	<ul style="list-style-type: none"> - Hàng ngày: 25mg/kg - Cách quãng 35mg/kg 	<ul style="list-style-type: none"> - Viêm gan - Tăng acid uric máu do giảm đào thải ở thận - Dị ứng mẩn ngứa, nổi mề đay
-------------	--	--	---

Câu 18: Trình bày các nguyên tắc điều trị bệnh lao.

Bốn nguyên tắc điều trị bệnh lao bao gồm:

Phối hợp các thuốc chống lao

- Mỗi loại thuốc chống lao có tác dụng khác nhau trên vi khuẩn lao (diệt khuẩn, kìm khuẩn, môi trường vi khuẩn), do vậy phải phối hợp các thuốc chống lao.
- Với lao còn nhạy cảm với thuốc: phối hợp ít nhất 3 loại thuốc chống lao trong giai đoạn tấn công và ít nhất 2 loại trong giai đoạn duy trì.
- Với bệnh lao đa kháng: phối hợp ít nhất 5 thuốc có hiệu lực, bao gồm Pyrazinamid và 4 thuốc lao hàng hai có hiệu lực.

Phải dùng thuốc đúng liều

- Các thuốc chống lao tác dụng hợp đồng, mỗi thuốc có một nồng độ tác dụng nhất định.
 - + Nếu dùng liều thấp sẽ không hiệu quả và dễ tạo ra các chủng vi khuẩn kháng thuốc
 - + Nếu dùng liều cao dễ gây tai biến.
- Đối với lao trẻ em cần được điều chỉnh liều thuốc hàng tháng theo cân nặng.

Phải dùng thuốc đều đặn

- Các thuốc chống lao phải được uống cùng một lần vào thời gian nhất định trong ngày và xa bữa ăn để đạt hấp thu thuốc tối đa.
- Với bệnh lao đa kháng: dùng thuốc 6 ngày/tuần, 1 lần vào buổi sáng
- Có thể chia liều 2 lần trong ngày (sáng – chiều) để giảm tác dụng phụ hoặc có thể giảm liều trong 2 tuần đầu nếu thuốc khó dung nạp

Phải dùng thuốc đủ thời gian và theo 2 giai đoạn tấn công và duy trì

- Giai đoạn tấn công kéo dài 2, 3 tháng nhằm tiêu diệt nhanh số lượng lớn vi khuẩn để ngăn chặn các vi khuẩn lao đột biến kháng thuốc.
- Giai đoạn duy trì kéo dài 4 đến 6 tháng nhằm tiêu diệt triệt để các vi khuẩn lao để tránh tái phát.
- Với bệnh lao đa kháng: Phác đồ điều trị chuẩn ngắn hạn từ 9 -11 tháng có giai đoạn tấn công 4-6 tháng, phác đồ điều trị chuẩn 20 tháng có thời gian tấn công 8 tháng.

Câu 19: Nêu và phân tích chiến lược thanh toán bệnh lao đến 2030.

1. Quan điểm:

- Bệnh lao là bệnh truyền nhiễm, ảnh hưởng sức khỏe, tính mạng người bệnh. Bệnh chữa khỏi, ít để lại di chứng nếu: phát hiện sớm, điều trị đúng, đủ thời gian
- Nhà nước giữ vai trò chủ đạo, đảm bảo nguồn lực cho công tác PCL, huy động mọi nguồn lực để hỗ trợ
- PCBL chủ yếu dựa vào cộng đồng và được mạng lưới PCL và BP từ TW-ĐP thực hiện có sự phối hợp giữa các cơ sở y tế công lập và ngoài công lập

2. Mục tiêu Chương trình

- Giảm tỷ lệ mắc bệnh mới, giảm tỷ lệ tử vong và giảm tỷ lệ nhiễm lao. Giảm tối đa nguy cơ phát sinh tình trạng kháng thuốc của VI KHUẨN lao.
- Dựa vào 3 nguyên tắc:
 - + Phát hiện ít nhất 70% số người bệnh lao phổi AFB (+) mới bằng soi kính hiển vi trực tiếp
 - + Điều trị khỏi >85% số BN AFB (+) đăng ký điều trị bằng phương pháp DOTS
 - + Điều trị lao tiềm ẩn

a. Mục tiêu đến năm 2020

- Giảm số người mắc bệnh lao dưới 131/100 000 dân
- Giảm số người chết do bệnh lao dưới 10/100000dân
- Không chế Tỷ lệ mắc lao đa kháng thuốc trong số bn lao mới dưới 5%/

b. Tầm nhìn đến năm 2030

- Tiếp tục giảm số người chết do bệnh lao
- Giảm số người mắc bệnh lao trong cộng đồng xuống dưới 20/100 000 dân

c. Nghị Quyết TW 6 khóa XII đặt mục tiêu đến năm 2030 Việt Nam cơ bản chấm dứt bệnh lao :

- Hướng tới mục tiêu để người dân Việt Nam được sống trong môi trường không còn bệnh lao
 - + Từ nay đến 2025: Giảm được 9% BN mắc lao/năm
 - + Từ 2025-2030: Giảm được 15% BN mắc lao/năm
 - + Thanh toán bệnh lao: dưới 10/100.000 dân vào sau năm 2030

3. Các giải pháp

a. Giải pháp về chính sách pháp luật

- Rà soát, sửa đổi và bổ sung các chính sách phù hợp
- Khuyến khích cá nhân tổ chức tham gia công tác pcl
- Xây dựng chính sách ưu đãi cho CBVC làm CTPCL
- BHYT chi trả cho người bệnh

b. Giải pháp truyền thông

- Tuyên truyền pháp luật về phòng chống bệnh lao
- Phổ biến tuyên truyền về bệnh lao cho mọi người dân
- Cơ quan, tổ chức, cộng đồng có trách nhiệm tuyên truyền.
- Khuyến khích cộng đồng tham gia tuyên truyền.

c. Giải pháp về chuyên môn:

- Tiêm phòng lao BCG cho 100% trẻ sơ sinh
- Ưu tiên phát hiện người bệnh AFB (+) bằng phương pháp soi đờm trên kính hiển vi kết hợp các phương pháp khác.
- Kết hợp hình thức "phát hiện chủ động" và "phát hiện thụ động"
- Điều trị có giám sát trực tiếp cho tất cả bệnh nhân lao.
- Triển khai điều trị và quản lý lao kháng đa thuốc
- Tăng cường phát hiện, quản lý, điều trị lao trẻ em, lao tiềm ẩn
- Duy trì và nâng cao chất lượng của chiến lược DOTS
- Giải quyết tình hình lao/HIV, lao kháng thuốc và những thách thức khác: Phối hợp hoạt động phòng chống lao/HIV, Dự phòng và kiểm soát lao kháng đa thuốc, triển khai công tác chống lao trong trại giam, trung tâm 05-06...
- Lồng ghép công tác chống lao trong hệ thống y tế chung
- Huy động các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác cùng tham gia công tác chống lao: phối hợp y tế Công - Tư (PPM), chuẩn quốc tế về chăm sóc, Chẩn đoán, điều trị, quản lý bệnh lao.
- Phát huy tính chủ động của cộng đồng và người bệnh lao.
- Đẩy mạnh công tác nghiên cứu khoa học
- Điều trị lao tiềm ẩn

Câu 20: Chẩn đoán và điều trị lao tiềm ẩn (Nêu phác đồ, theo dõi điều trị).

Chẩn đoán

- Lâm sàng: Có các triệu chứng toàn thân, hô hấp, tiêu hoá, da và niêm mạc. (câu 3)
- Phản ứng Mantoux: dương tính, chuyển phản ứng.
- Hình ảnh phim phổi: phức hợp sơ nhiễm, hạch.
- Vi khuẩn lao: tìm thấy trong đờm, trong dịch dạ dày và trong dịch phế quản.
- Mô bệnh học: nang lao hoặc các thành phần không điển hình.
- Tiền sử: tiếp xúc với nguồn lây, chưa tiêm phòng.

Điều trị

- Nếu chỉ chuyển phản ứng da dương tính, không tiêm BCG, không có dấu hiệu lâm sàng và X quang:

- Isoniazid với liều 5mg/ kg thể trọng, dùng trong 12 tháng.
- Có đủ dấu hiệu lâm sàng và X quang, chuyển phản ứng:
 - Điều trị đặc hiệu theo phác đồ 2RHZ/4RH.
 - Điều trị triệu chứng:
 - + Dinh dưỡng tốt: nhằm khôi phục, nâng cao thể trạng, tăng cường sức đề kháng.
 - + Corticoid: Prednisolon 1mg/kg thể trọng trong những thể có hạch to. Chống chỉ định trong trường hợp lây từ nguồn lây kháng thuốc.

Theo dõi điều trị

- Người bệnh cần được theo dõi kiểm soát việc dùng thuốc.
- Theo dõi đánh giá đáp ứng lâm sàng, X-quang và tác dụng phụ của thuốc. Đối với trẻ em phải cân hàng tháng để điều chỉnh liều thuốc theo cân nặng.
- Xét nghiệm đờm theo dõi

Câu 21: Chẩn đoán và điều trị lao khớp háng.

Chẩn đoán

- Vi khuẩn: Tìm thấy vi khuẩn lao trong ổ tổn thương: nhuộm soi, nuôi cấy, xét nghiệm sinh học phân tử.
- Giải phẫu bệnh: nang lao điển hình trong ổ tổn thương.

Nếu không có tiêu chuẩn vàng, chẩn đoán dựa vào:

Triệu chứng cơ năng:

- HCNTND lao (+)
- Khớp sưng to, đau, hạn chế vận động, biến dạng chi. Teo cơ ở mông và đùi.
- Nổi hạch ở bẹn

Triệu chứng thực thể:

- Khám thấy các điểm đau khớp háng, hạn chế các động tác.
- Có thể có lỗ rò, các ổ áp xe lạnh ở bẹn và mông.

Cận lâm sàng:

- Sinh thiết màng hoạt dịch/hạch bẹn bằng kim, PT qua vi thể thấy tổn thương lao điển hình (nang lao, bã đậu, vi khuẩn lao)
- XQ phần trên ngoài thân xương đùi: mất chất vôi lan rộng đầu xương, hẹp khe khớp, sụn khớp bị phá hủy, nham nhở. Có thể thấy khuyết xương/hang. Phần mềm quanh khớp đậm đặc, cản quang hơn bình thường (do ổ áp xe lạnh) Mantoux (+)
- Tốc độ máu lắng tăng cao.

Điều trị**1. Điều trị nội khoa:**

- Thuốc chống lao theo phác đồ
- Bất động tương đối vùng tổn thương
- Điều trị bệnh lý phối hợp

2. Điều trị phục hồi chức năng:

- Phục hồi lại chức năng vận động cơ quan tổn thương
- Tránh teo cơ, cứng khớp, viêm nhiễm, loét...do nằm lâu, tỳ đè

3. Điều trị ngoại khoa với mục đích:

- Loại bỏ phần lớn ổ tổn thương (dọn dẹp ổ lao)
- Giải phóng chèn ép
- Cố định, chỉnh hình về tư thế cơ năng
- Hàn xương hoặc thay thế bằng vật liệu nhân tạo

Câu 22: Chẩn đoán và điều trị lao tiết niệu sinh dục.**Chẩn đoán****1. Dựa vào các triệu chứng lâm sàng:**

Triệu chứng lâm sàng của lao tiết niệu	Triệu chứng lâm sàng của lao sinh dục nam	Triệu chứng lâm sàng của lao sinh dục nữ
<ul style="list-style-type: none"> • Lao thận là chủ yếu • Triệu chứng cơ năng: <ul style="list-style-type: none"> o Rối loạn bài tiết nước tiểu: <ul style="list-style-type: none"> - Biểu hiện của viêm bàng quang: tiểu rất, nhất là về đêm, tiểu buốt cuối bãi. - Thường nhẹ với triệu chứng kéo dài dễ nhầm với viêm bàng quang do vi khuẩn đường ruột (nhất ở nữ). o Đái ra máu: (thường gặp thứ 2 sau sỏi thận) <ul style="list-style-type: none"> - Tiểu lượng ít, đái máu (hay gặp toàn bãi), không đau, tái đi tái lại. - Có thể chỉ đái máu vi thể, xác định bằng XN nước tiểu. o Đái ra mủ: <ul style="list-style-type: none"> - Bệnh nhân có thể chỉ đái ra mủ. - Cần lấy mủ cấy tìm vi khuẩn ngoài lao khi đó sẽ âm tính. 	<ul style="list-style-type: none"> Nếu tổn thương lao sinh dục nông: tổn thương tinh hoàn và mào tinh hoàn <ul style="list-style-type: none"> - Bệnh xuất hiện từ từ: đau nhẹ ở bìu, tinh hoàn to dần lên, giai đoạn muộn có thể thấy rò tinh hoàn, chất bã đậu thoát ra ngoài - Trường hợp tràn dịch màng tinh hoàn khám thấy cả một bên bìu sưng to, nóng, đỏ, bóng loáng. Nếu tổn thương lao sinh dục sâu: <ul style="list-style-type: none"> - Biểu hiện rò ở vùng đáy chậu hoặc đái khó 	<ul style="list-style-type: none"> Do vi khuẩn từ tổn thương sơ nhiễm lan truyền theo đường máu đến gây nhiễm nội mạc tử cung và ống dẫn trứng. - Thường gặp tổn thương ở nội mạc tử cung, phần phụ, cổ tử cung, ít gặp tổn thương lao ở âm hộ và âm đạo. - Khí hư ra nhiều, rối loạn kinh nguyệt. Khám thấy cổ tử cung loét, sần sùi và dễ chảy máu, vòi trứng và dây chằng rộng dính với buồng

<p>o Đau vùng thắt lưng:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cảm giác nặng/đau nhẹ vùng thắt lưng, đôi khi có cơn đau quặn thận do tổn thương gây chít hẹp đường bài tiết nước tiểu, hoặc mảng bã đậu di chuyển theo đường bài tiết nước tiểu gây tắc tạm thời, gây co thắt niệu quản. • Triệu chứng thực thể: (nghèo nàn) - Giai đoạn sớm thường không phát hiện được gì - Giai đoạn muộn có thể khám thấy thận to. • Triệu chứng toàn thân: - Sốt vừa nhẹ về chiều tối, sốt âm i, kéo dài, mệt mỏi, ăn ngủ kém, gầy sút cân, da xanh, niêm mạc nhợt biểu hiện của thiếu máu do mất nhiều màu. - Huyết áp thường tăng cao. <p>→ Trước TH viêm thận, bể thận cấp, tái phát nhiều lần, điều trị KS thông thường không có kết quả, cần phải theo dõi và làm các xét nghiệm để chẩn đoán lao tiết niệu</p>	<p>do có tổn thương ở tuyến tiền liệt hoặc túi tinh.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thăm khám trực tràng thấy túi tinh và tuyến tiền liệt to, rắn chắc, ống dẫn tinh lớn hơn những chuỗi hạt cứng, ấn đau 	<p>trứng, dễ sờ thấy u cục vùng hố chậu.</p> <p>→ Hậu quả lao sinh dục nữ là vô sinh. Vì vậy vô sinh là nguyên nhân phổ biến nhất khiến bệnh nhân lao sinh dục nữ đi khám bệnh.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đau vùng bụng dưới, đau âm ỉ từng cơn, bệnh nhân có cảm giác mệt mỏi khó chịu. - Triệu chứng của áp xe vùng vòi trứng, khối u lớn vùng ổ bụng.
---	--	---

2. Dựa vào các dấu hiệu cận lâm sàng:

Yếu tố quyết định chẩn đoán là tìm thấy AFB trong nước tiểu.

- Cần phải xét nghiệm tìm AFB trực tiếp và nuôi cấy nhiều lần
- Ở bệnh nhân đái đục, đái mủ chưa tìm thấy BK hoặc chỉ tìm thấy tạp khuẩn, chưa cho phép loại trừ lao.
- Xquang
 - Đặc biệt là chụp UIV quan trọng
 - Cho thấy tổn thương hẹp, giãn hoặc nham nhở vùng đài thận, bể thận.
 - Những hình ảnh này có giá trị chẩn đoán xác định khi chưa tìm thấy AFB.
- Soi bàng quang: Cũng có ý nghĩa quan trọng nhưng tổn thương thường xuất hiện ở giai đoạn muộn.
- Để chẩn đoán lao sinh dục: cần phối hợp tìm tổn thương lao đặc hiệu qua sinh thiết mào tinh hoàn, niêm mạc tử cung để tìm tổn thương lao đặc hiệu.

3. Dựa vào tiền sử:

- Tiền sử đã và đang điều trị lao phổi hay một lao ngoài phổi khác.
- Tiền sử gia đình có người bị lao.
- Tiền sử chưa tiêm phòng vaccin BCG và mắc một số bệnh toàn thân có suy giảm sức đề kháng của cơ thể.

Điều trị

1. Điều trị nội khoa:

- Điều trị nguyên nhân:
 - Có khả năng chữa khỏi hoàn toàn các tổn thương.
 - Nguyên tắc điều trị lao tiết niệu sinh dục giống nguyên tắc điều trị bệnh lao nói chung.
 - Cần chú ý khi sử dụng một số thuốc như streptomycin, kanamycin, cycloserin, viomycin vì đã có tổn thương ở hệ thống tiết niệu sẽ độc đối thận.
- Điều trị triệu chứng
 - Các rối loạn tiểu tiện có thể cho thêm kháng sinh nếu có bội nhiễm thêm đường tiết niệu.
 - Dùng các thuốc giảm đau, giảm phù nề trong trường hợp lao sinh dục.

2. Điều trị ngoại khoa: Chỉ định trường hợp:

- Thận mất chức năng, bị huỷ hoại và ứ mủ
- AFB trong nước tiểu dương tính kéo dài
- Loại trừ tổ chức bị phá huỷ có vi khuẩn lao, phục hồi lại lưu thông đường dẫn nước tiểu khi bị tổn thương xơ gây tắc.
- Có hai loại phẫu thuật:
 - + Phẫu thuật cắt để loại trừ một bộ phận bị phá huỷ. Cắt bỏ thận, niệu quản, mào tinh hoàn, hoặc phẫu thuật bảo tồn.
 - + Phẫu thuật tạo hình: nhằm mục đích sớm chữa các tổn thương gây tắc đường dẫn nước tiểu.

→ Trong mọi trường hợp điều quan trọng là phải phát hiện sớm và điều trị sớm, đúng nguyên tắc lao tiết niệu, sinh dục để hạn chế những phẫu thuật cắt bỏ đáng tiếc xảy ra

Câu 23: Chẩn đoán phân biệt lao màng não.

- Lâm sàng LMN TH không điển hình + Bệnh TK và Tâm thần: Viêm màng não do vi khuẩn/virus, áp xe não, u não...
- Tính chất thay đổi của DNT + Nguyên nhân gây Viêm màng não nước trong khác: VMN mũ đang điều trị dở dang, VMN do virus/xoắn khuẩn.

Câu 24: Đặc điểm bệnh lao

1. Bệnh lao là bệnh do vi khuẩn:

Vi khuẩn lao thuộc họ Mycobacteriaceae

- Có khả năng tồn tại lâu ở môi trường bên ngoài:
- Là vi khuẩn hiếu khí
- Sinh sản chậm
- Có nhiều quần thể chuyển hoá khác nhau ở tổn thương
- Có khả năng kháng thuốc:

2. Bệnh lao là bệnh lây

- Nguồn lây: Tất cả các BN lao đều có thể là nguồn lây. BN lao phổi có vi khuẩn trong đờm phát hiện được bằng phương pháp soi trực tiếp là nguồn lây chính.
- Đường xâm nhập: Đường hô hấp là phổ biến nhất.
- Thời gian nguy hiểm của nguồn lây càng dài → phát hiện càng muộn, BN chung sống càng lâu với những người xung quanh → khả năng lây nhiễm cho người khác càng nhiều.

3. Bệnh lao diễn biến qua 2 giai đoạn: Nhiễm lao và Bệnh lao

4. Miễn dịch trong bệnh lao là miễn dịch tế bào:

- ĐTB thực bào, phân hủy VI KHUẨN và trình diện KN cho các TB lympho (chủ yếu là TCD4). Các TB TCD4 sau khi nhận được tín hiệu các KN, chúng trở thành các TB hoạt hóa và tiết ra IL II khởi động 1 loạt các phản ứng MD tiếp theo, giúp cơ thể tiêu diệt vi khuẩn lao.

- Ứng dụng:
 - + Chẩn đoán huyết thanh (ELISA)
 - + Miễn dịch trị liệu
 - + Vaccine BCG

5. Dị ứng trong bệnh lao:

Gọi là “Phản ứng tăng mẫn cảm muộn”: Phản ứng bắt đầu sau 6h, đạt mức tối đa 48- 72h → xác định nhiễm lao.

Phương pháp phát hiện dị ứng: Phản ứng da với Tuberculin.

6. Bệnh lao có thể phòng và điều trị có kết quả:

Phòng bệnh:

Giải quyết nguồn lây

Tiêm phòng lao bằng vaccine BCG

Dự phòng hóa học

Điều trị:

CTCLQG nước ta thực hiện chữa lao theo các phác đồ của WHO và khuyến cáo của Hiệp hội chống lao quốc tế.

Để đảm bảo kết quả cần điều trị đúng các nguyên tắc: Phối hợp thuốc, đủ liều, đều đặn, đủ thời gian, có kiểm soát.

7. Bệnh lao là bệnh xã hội

Bệnh lao bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố xã hội. Kinh tế nghèo, mức sống thấp, trình độ văn hóa thấp, phong tục tập quán lạc hậu ảnh hưởng đến việc khống chế, giải quyết bệnh lao ở mỗi quốc gia.