

PGS. TS. TRẦN VĂN SÁNG

BỆNH LAO **TRẺ EM**



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

UYÊN
LIÊU

PGS. TS. TRẦN VĂN SÁNG

BỆNH LAO TRẺ EM

(Tái bản lần thứ nhất)



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2002

Cùng một tác giả:

1. Miễn dịch trong lâm sàng bệnh lao
(Trần Văn Sáng - Phạm Khắc Quảng)
Trường đại học Y khoa Hà Nội, 1990.
2. Bài giảng sau đại học lao và bệnh phổi
(nhiều tác giả) - Nhà xuất bản Y học, 1992.
3. Hoạt động chuyển hóa của phổi
Trường đại học Y khoa Hà Nội, 1993.
4. Bệnh học lao và bệnh phổi tập 1
(nhiều tác giả). Nhà xuất bản Y học, 1994.
5. Nhiễm HIV/AIDS: Y học cơ sở, lâm sàng
và phòng chống (nhiều tác giả)
Nhà xuất bản Y học, 1995.
6. Bệnh học lao và bệnh phổi tập 2
(nhiều tác giả). Nhà xuất bản Y học, 1996.
7. Bệnh lao: quá khứ, hiện tại, tương lai.
NXB Y học 1997.

LỜI NÓI ĐẦU

"Bệnh lao chẳng những quay trở lại, thậm chí còn tồi tệ hơn", đó là lời kêu gọi khẩn thiết của Tổ chức Y tế thế giới năm 1996. Bệnh lao trẻ em liên quan rất chặt chẽ tới bệnh lao ở người lớn. Khi bệnh lao tăng lên, nguồn lây trong cộng đồng nhiều, thì trẻ cũng mắc bệnh nhiều hơn. Tuy cùng nguyên nhân gây bệnh, nhưng bệnh lao trẻ em có những đặc điểm riêng về lâm sàng, chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh.

Với mong muốn có tài liệu phục vụ cho công tác đào tạo và giới thiệu những kiến thức cơ bản về bệnh lao trẻ em cho đông đảo bạn đọc trong và ngoài ngành, chúng tôi biên soạn cuốn sách này tương đối hệ thống về sinh bệnh học, các phương pháp chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh; đồng thời giới thiệu những thể bệnh lao trẻ em thường gặp trong lâm sàng.

Mặc dù cuốn sách được trình bày trên cơ sở kết hợp kiến thức cổ điển và những thành tựu nghiên cứu của Y học về bệnh lao trẻ em những năm gần đây, có liên hệ đến thực tế bệnh lao trẻ em nước ta, song cũng khó tránh khỏi những khiếm khuyết. Chúng tôi rất biết ơn những ý kiến góp ý của quý bạn đọc.

Xin chân thành cảm ơn Nhà xuất bản Y học đã nhiệt thành giúp đỡ để cuốn sách sớm ra mắt độc giả.

Tác giả

Chương 1

BỆNH LAO TRẺ EM - MỐI QUAN TÂM CỦA MỌI QUỐC GIA TRÊN THẾ GIỚI

1. BỆNH LAO TRẺ EM LÀ TẤM GƯƠNG PHẢN ÁNH TÌNH HÌNH BỆNH LAO Ở MỘT QUỐC GIA VÀ TRÊN TOÀN CẦU

Bệnh lao lây theo đường hô hấp là chủ yếu, từ những người bị bệnh sang người lành, trong đó khả năng trẻ bị nhiễm và bị bệnh lao là rất lớn. Trong cộng đồng có nhiều nguồn lây thì tỷ lệ trẻ bị nhiễm lao và bị bệnh lao sẽ càng nhiều. Người ta ước tính ở các nước đang phát triển (tình trạng bệnh lao còn trầm trọng) với 100.000 dân có 45% là trẻ em, nguy cơ nhiễm lao là 1%, thì trong số 45.000 trẻ em từ 0 đến 14 tuổi, sẽ có khoảng 450 trẻ bị nhiễm lao hàng năm. Các nước có nền kinh tế phát triển, số trẻ em chỉ chiếm khoảng 20% dân số, bệnh lao đã giảm hơn các nước đang phát triển, thì trẻ bị bệnh sẽ ít hơn (2% ở Nhật, 1981; 5,2% ở Mỹ, 1987). Tỷ lệ trẻ bị bệnh ở một số nước đang phát triển cao hơn hẳn

(18,5% ở Tanzania, 1980, 9% ở Tunisie, 1983; 8,8% ở Algerie, 1984).

Khi công tác chống lao ở một quốc gia đạt được những thành tựu làm giảm được bệnh lao, thì bệnh lao ở trẻ em cũng giảm rõ rệt. Điều này có thể thấy rõ qua công trình theo dõi của Styblo.K. (1991) tại Hà Lan sau 19 năm:

	Năm 1951	Năm 1970
Số trẻ bị bệnh dưới 1 tuổi	19,2/100.000 trẻ	1,7/100.000 trẻ
1 đến 4 tuổi	80,2/100.000 trẻ	3,9/100.000 trẻ
5 đến 9 tuổi	120,2/100.000 trẻ	5,7/100.000 trẻ
10 đến 14 tuổi	116,7/100.000 trẻ	5,3/100.000 trẻ

Như vậy có thể thấy rõ là bệnh lao trẻ em đã giảm nhiều do công tác chống lao ở nước này đã đạt được những thành tích đáng kể. Sau mấy thập kỷ, bệnh lao đã giảm ở nhiều nước trên thế giới, loài người đặt nhiều hy vọng là thanh toán căn bệnh này vào cuối thế kỷ XX. Nhưng bệnh lao đã bùng phát trở lại trước thềm của thế kỷ XXI. Với bản thông báo khẩn thiết của Tổ chức Y tế thế giới tới Chính phủ các nước về **"sự quay trở lại"** của bệnh lao (1993). Ngày 21/3/1996 từ Geneva, TCYTTG lại một lần nữa gửi thông điệp cho các Chính phủ trên toàn cầu và nhấn mạnh rằng: **"Bệnh lao không chỉ quay trở lại mà thậm chí còn tồi tệ hơn"**. Bức tranh về bệnh lao trên toàn cầu (1996) như sau:

- 1,9 tỷ người nhiễm vi khuẩn lao (khoảng 1/3 nhân loại).
- 8,8 triệu bệnh nhân lao mới trong 1 năm.
- 3 triệu người chết vì lao trong 1 năm.
- Bệnh lao phối hợp với nhiễm HIV/AIDS là 8,4%.
- Bệnh nhân có vi khuẩn đa kháng thuốc ngày càng tăng.
- Số phụ nữ bị chết do lao (720.000 người), lớn hơn tổng số phụ nữ tử vong do sinh đẻ (428.000 người), do sốt rét (151.000 người), do AIDS (92.000 người) cộng lại.

Trong bức tranh âm đảm của bệnh lao trên đây thì bệnh lao trẻ em cũng hiện lên khá rõ: mỗi ngày trên hành tinh có 500 trẻ chết vì bệnh lao; trẻ bị lao nhiều hơn bất cứ một bệnh nhiễm khuẩn nào khác; đã xuất hiện nhiều trẻ em vừa bị lao vừa bị nhiễm HIV/AIDS. Khi bệnh lao tăng lên thì bệnh lao ở trẻ em tăng lên là điều dễ hiểu. Ở Cộng hoà Czech, bệnh lao trẻ em đã tăng gấp 3 lần từ 0,9 bệnh nhi/100.000 trẻ (năm 1988) lên 2,7 trường hợp (năm 1993). Tại Mỹ, theo trung tâm giám sát bệnh (CDC) cho biết bệnh lao trẻ em tăng 51% từ 1988 đến 1992. Đặc biệt trong số 157 trẻ bị lao ở California (1993 - 1994) đã có 34 trường hợp (22%) có kèm nhiễm HIV. Điều đáng lo ngại nữa là trẻ em bị lao do mắc các chủng vi khuẩn kháng thuốc xuất hiện ngày càng

nhiều (kháng với isoniazid là 8,2%, với pirazinamid là 7,1%; với streptomycin là 5,5%); kể cả đa kháng thuốc đã xuất hiện với tỷ lệ 1,8%. Ở các nước nghèo và chiến tranh liên miên khác, tình trạng bệnh lao trẻ em chắc chắn còn tồi tệ hơn nhiều.

2. TÌNH HÌNH LAO TRẺ EM Ở NƯỚC TA

Bệnh lao trẻ em ở nước ta cũng đã được nghiên cứu từ khi thành lập Viện chống lao trung ương (nay là Viện lao - Bệnh phổi). Phạm Khắc Quảng và CS (1966) đã nhận xét trong gia đình có người bị lao thì 100% trẻ em (từ 0 đến 14 tuổi) đều bị lây nhiễm. Nguyễn Việt Cổ và CS (1995) cho biết: trẻ có tiếp xúc với nguồn lây bị nhiễm lao gấp 7,2 lần so với nhóm trẻ không tiếp xúc với nguồn lây. Nhóm nghiên cứu đề tài KY01-16 (Đề tài cấp nhà nước nghiên cứu về bệnh lao trẻ em), đã tìm hiểu tình hình bệnh lao ở 5 cơ sở y tế (Viện lao - Viện phổi, Viện bảo vệ sức khỏe trẻ em, Bệnh viện đa khoa Hải Dương, Bệnh viện đa khoa Hà Tĩnh và Bệnh viện lao Thái Nguyên) đã có những nhận xét như sau:

- Tuổi bị bệnh: trẻ dưới 5 tuổi bị bệnh chiếm tới 50 - 60%.

- Thể lao: ở tuyến tủy khoảng 50% trẻ em tới điều trị là lao sơ nhiễm; trong khi ở các bệnh viện Trung ương thì lao màng não chiếm nhiều nhất: 35 - 45%. Thể lao phổi mạn tính gặp chủ yếu ở trẻ lớn

(10 - 14 tuổi). Nhiều trẻ dưới 1 tuổi bị lao kê, lao nhiều cơ quan trong cơ thể.

- Trẻ có tiếp xúc với nguồn lây chiếm 8 - 36% tùy theo từng cơ sở.

- Số trẻ em được tiêm phòng vaccin BCG dao động 7 - 39%.

- 97% trẻ bị lao kèm theo suy dinh dưỡng.

Tình hình bệnh lao trẻ em trong cộng đồng có thể khái quát như sau:

- Số trẻ mắc bệnh từ 23 đến 65/100.000 trẻ, tử vong là 2,6/100.000 trẻ.

- Trẻ có tiếp xúc với nguồn lây bị bệnh cao hơn 10 lần so với trẻ không có tiếp xúc.

- Trẻ tiếp xúc với nguồn lây là lao phổi có vi khuẩn kháng cồn, kháng toan (AFB(+)) bị bệnh nhiều hơn so với trẻ tiếp xúc với bệnh lao AFB (-) và không rõ nguồn lây.

- Trẻ dưới 5 tuổi nếu không được tiêm vaccin BCG dễ mắc lao gấp 31 lần so với trẻ được tiêm phòng (Theo đề tài KY01-16).

Một thực tế ở nước ta cũng như ở một số nước trên thế giới là bệnh lao trẻ em chưa được nghiên cứu đầy đủ, những tiêu chuẩn chẩn đoán chưa được cụ thể trên bệnh nhi ở nước ta. Một điều tra ở 6 huyện thuộc Đồng bằng Bắc Bộ của Viện lao - Bệnh

phổi cho biết trẻ bị bệnh là 61/100.000 trẻ em, trong đó một nửa là lao sơ nhiễm, thể bệnh rất dễ nhầm với các bệnh viêm đường hô hấp khác. Chẩn đoán thể bệnh này do các thầy thuốc đa khoa, chuyên khoa lao - bệnh phổi, chuyên khoa nhi... Khi tiêu chuẩn chẩn đoán chưa thống nhất, được nhiều bác sỹ ở các chuyên khoa khác nhau chẩn đoán và điều trị, thì những sai lầm trong chẩn đoán là điều khó tránh khỏi. Đã có không ít trường hợp trẻ phải dùng thuốc lao mà không phải bệnh lao. Ngược lại trẻ bị bệnh lao lại không được chẩn đoán hoặc phát hiện bệnh muộn. Về điều trị vẫn còn những trường hợp chỉ phối hợp 2 thuốc lao ở giai đoạn tấn công, thời gian dùng thuốc không đủ. Đặc biệt thuốc dùng cho trẻ tính theo cân nặng, một số thuốc liều lượng cao hơn ở người lớn.

Do dùng liều cao, nên đã có những tai biến (tác dụng ngoại ý) của thuốc như điếc, giảm thị lực, mù màu...

3. BỆNH LAO TRẺ EM CÓ THỂ ẢNH HƯỞNG TỚI SỰ PHÁT TRIỂN CỦA GIỐNG Nòi

Trong các thể lao có 2 thể bệnh nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể ảnh hưởng tới sự phát triển về thể chất và tinh thần của trẻ, đó là lao màng não và lao xương khớp.

Hiện nay tuy đã có nhiều thuốc chữa lao tốt, nhưng ở nước ta tỷ lệ tử vong của lao màng não vẫn còn 15 - 25%. Tỷ lệ trẻ bệnh khỏi, để lại các di chứng là từ 50 đến 60%. Các di chứng hay gặp là rối loạn về vận động (liệt, đi lết...) hoặc rối loạn tâm thần (đần độn, không nhận biết được người thân). Cũng có trẻ sau khi bị bệnh lao màng não, tuy bề ngoài nhìn hình dáng con mắt vẫn bình thường, nhưng không nhìn thấy gì, vì đã bị teo dây thần kinh thị giác (dây thần kinh số II). Những đứa trẻ này thường là giảm hoặc mất khả năng học tập, thực tế là một gánh nặng cho gia đình và xã hội.

Đối với bệnh lao xương khớp ở trẻ em, hay gặp nhất là lao cột sống. Do đặc điểm cấu tạo giải phẫu: xương của trẻ mềm, xốp hơn... Tổn thương lao rất sớm phá huỷ các thân đốt sống, làm cho trẻ bị gù cột sống. Khi cột sống bị gù sẽ ảnh hưởng tới sự phát triển của khung xương sườn (nếu bị bệnh ở cột sống lưng); Khi đó ảnh hưởng tới sự phát triển của tim và phổi, vì vậy trẻ có thể bị tâm - phế mạn tính. Khi lao cột sống vùng thắt lưng bị gù sẽ ảnh hưởng tới dáng đi thậm chí vận động của 2 chi dưới, ảnh hưởng đến sự phát triển, vị trí của các cơ quan trong ổ bụng. Ngoài lao cột sống, lao khớp háng, khớp gối tuy ít gặp hơn, nhưng nếu không được phát hiện, điều trị sớm thì tổn thương có thể làm tiêu chỏm xương đùi, dính khớp, teo cơ - là những di chứng nặng nề cho sự vận động đi lại của trẻ. Giải quyết những di

chứng này có thể bằng phẫu thuật chỉnh hình, nhưng không đơn giản, rất tốn kém khó áp dụng ngay ở những nước có nền kinh tế phát triển, chưa kể tới các nước nghèo.

Ở nước ta, đôi khi còn gặp các em gái bị bệnh lao thận - tiết niệu ở lứa tuổi dậy thì. Tổn thương có thể phối hợp với cả lao ở buồng trứng, vòi trứng. Những trẻ này dễ bị rối loạn kinh nguyệt và nặng hơn có thể ảnh hưởng tới việc sinh con sau này.

Rõ ràng là bệnh lao ở trẻ em liên quan rất chặt chẽ đến bệnh lao ở người lớn. Ở một nước, khi nguy cơ nhiễm lao (R) còn cao, có nhiều bệnh nhân lao phổi (AFB+), thì chắc chắn còn nhiều trẻ em bị bệnh lao. Ngược lại khi có nhiều trẻ em bị lao kê, lao màng não thì bệnh lao ở quốc gia đó còn khá trầm trọng. Bệnh lao trẻ em nếu không được phát hiện sớm, chữa kịp thời thì có thể để lại những hậu quả nặng nề cho sự phát triển thể chất và tinh thần của trẻ sau này.

Chương 2

SINH BỆNH HỌC BỆNH LAO TRẺ EM

1. NGUYÊN NHÂN, ĐƯỜNG XÂM NHẬP VÀO CƠ THỂ GÂY BỆNH

1.1. Nguyên nhân

Căn nguyên gặp nhiều nhất gây bệnh lao là vi khuẩn lao người (*Mycobacterie Tuberculosis Hominis*). Vi khuẩn lao bò (*M.bovis*) cũng có thể gây bệnh lao, thường gây lao ruột khi trẻ uống sữa bò không vô khuẩn. Hiện nay, khi đại dịch HIV/AIDS đang lan tràn khắp thế giới, thì những trực khuẩn kháng cồn, kháng toan không điển hình (*M.Atypiques*), trước thập kỷ 80 chúng ít gây bệnh ở người, nay gặp ngày càng nhiều ở bệnh nhân lao kèm nhiễm HIV/AIDS. Mặt khác, do vi khuẩn lao kháng thuốc ngày càng tăng, trẻ có thể mắc bệnh lao có vi khuẩn kháng thuốc.

1.2. Nguồn lây

Tất cả các bệnh nhân lao đều có thể là nguồn lây, nhưng mức độ lây rất khác nhau. Đối với các thể lao ngoài phổi (lao màng não, màng bụng, hạch,

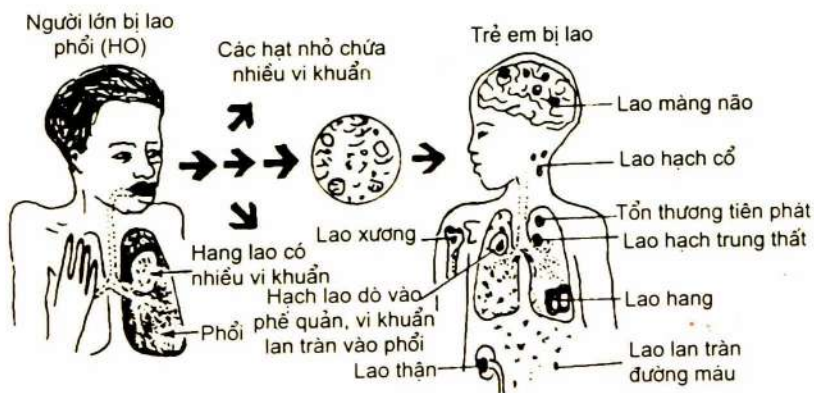
xương khớp...), được gọi là các thể lao "*kín*", nghĩa là vi khuẩn ít khả năng nhiễm vào môi trường bên ngoài. Lao phổi là thể lao dễ đưa vi khuẩn ra môi trường bên ngoài (lượng không khí lưu thông trong một chu kỳ hô hấp trung bình là 500 ml), vì vậy lao phổi là nguồn lây quan trọng nhất. Nhưng ngay đối với bệnh nhân lao phổi thì mức độ lây cũng khác nhau. Những bệnh nhân lao phổi trong đờm có nhiều vi khuẩn có thể phát hiện được bằng phương pháp nhuộm soi trực tiếp thì khả năng lây cho người khác gấp từ 2 đến 10 lần, các bệnh nhân lao phổi phải nuôi cấy mới phát hiện được vi khuẩn lao hoặc không tìm thấy vi khuẩn ở trong đờm. Bệnh nhân lao phổi có vi khuẩn trong đờm phát hiện được bằng phương pháp soi kính là **nguồn lây nguy hiểm nhất** (còn được gọi là nguồn lây chính). Chương trình chống lao quốc gia ở nước ta đang tập trung phát hiện và điều trị cho những bệnh nhân này.

Bệnh lao trẻ em không phải là nguồn lây quan trọng vì có tới 95% bệnh lao ở trẻ em không tìm thấy vi khuẩn trong các bệnh phẩm. Những trẻ lớn (thường từ 10 đến 14 tuổi) có thể mắc các thể lao phổi như người lớn và trở thành nguồn lây.

1.3. Đường xâm nhập của vi khuẩn vào cơ thể

Vi khuẩn vào cơ thể qua đường hô hấp là phổ biến nhất. Bệnh nhân lao phổi khi ho (hoặc hắt hơi) bắn ra các hạt rất nhỏ lơ lửng trong không khí, phân

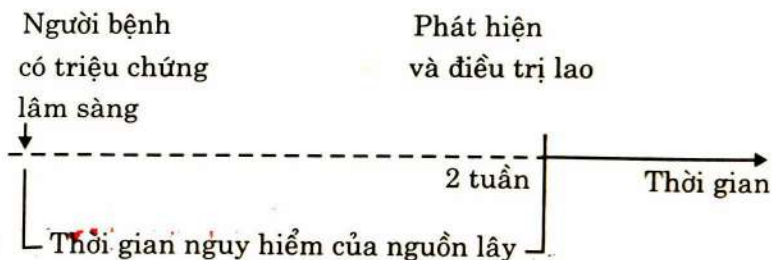
tán xung quanh bệnh nhân, người lành hít các hạt này khi thở có thể bị bệnh (Hình 1). Vi khuẩn có thể xâm nhập vào cơ thể bằng đường tiêu hoá (gây lao ruột), đường da và niêm mạc (gây lao mắt), nhưng các con đường xâm nhập này ít gặp. Vi khuẩn cũng có thể sang thai nhi bằng đường máu qua tinh mạch rốn, hoặc qua nước ối (khi chuyển dạ) nếu mẹ bị lao cấp tính (như lao kê) hoặc lao niêm mạc tử cung, âm đạo. Đây là cơ chế truyền bệnh cho những trẻ mắc lao bẩm sinh (đẻ ra đã bị bệnh). Trên thực tế đường truyền bệnh này càng hiếm gặp. **Như vậy con đường truyền bệnh quan trọng nhất đối với bệnh lao là đường hô hấp.**



Hình 1: Sơ đồ truyền bệnh lao từ người lớn sang cho trẻ em bằng đường hô hấp

1.4. Thời gian nguy hiểm của một nguồn lây

Nghiên cứu sinh bệnh học bệnh lao những năm gần đây, người ta đưa ra một khái niệm là "*thời gian nguy hiểm*" của một nguồn lây. Đó là thời gian từ lúc người bệnh có triệu chứng lâm sàng (hay gặp là ho khạc đờm) đến khi được phát hiện và điều trị. Thời gian này càng dài có nghĩa là việc phát hiện bệnh lao càng muộn, bệnh nhân càng được chung sống lâu với những người xung quanh và càng truyền bệnh cho nhiều người. Khi bệnh nhân được phát hiện và chữa thuốc lao thì các triệu chứng lâm sàng hết rất nhanh (trung bình 1 - 2 tuần), trong đó có triệu chứng ho khạc đờm, tức là bệnh nhân không làm nhiễm khuẩn ra môi trường xung quanh nữa. Có thể biểu diễn "*thời gian nguy hiểm*" của nguồn lây trên trục thời gian như sau:

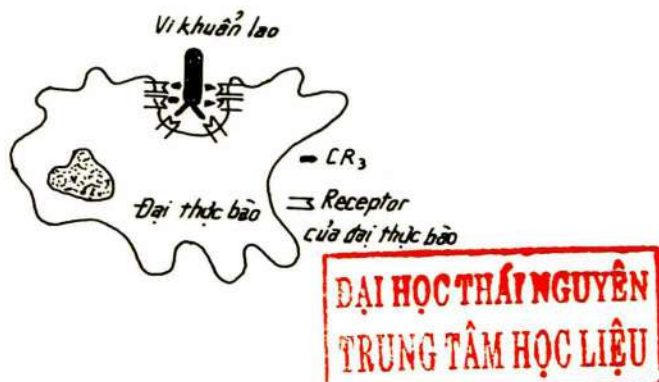


Trách nhiệm của người thầy thuốc cũng như người bệnh (qua giáo dục truyền thông) là cần phải rút ngắn "*thời gian nguy hiểm*" của nguồn lây đến mức tối đa, nghĩa là cần phát hiện bệnh lao sớm.

2. BỆNH LAO DIỄN BIẾN QUA 2 GIAI ĐOẠN: nhiễm lao và bệnh lao

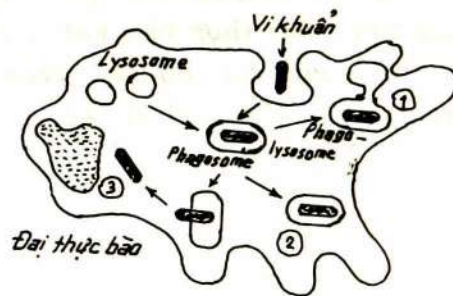
2.1. Nhiễm lao

Khi vi khuẩn lao xâm nhập vào đến phế nang ở trẻ chưa nhiễm lao, trong những giờ đầu các bạch cầu đa nhân trung tính được huy động tới để thôn thực. Nhưng các bạch cầu đa nhân trung tính không thể tiêu diệt được vi khuẩn lao. Từ ngày thứ hai, các đại thực bào được di chuyển tới, thay thế dần các bạch cầu trung tính. Đại thực bào kết dính vi khuẩn lao nhờ cảm thụ quan của bộ thể type 3 (type 3 complement receptor = CR_3) (Hình 2).



Hình 2: Sự kết dính vi khuẩn lao lên bề mặt của đại thực bào nhờ cảm thụ quan của bộ thể type 3 (CR_3)

Sau khi đại thực bào thôn thực vi khuẩn, các bọc lysosomes sẽ đến bao vây vi khuẩn, tạo thành các túi lớn hơn (phagosomes). Tại các phagosome một số vi khuẩn bị các men phân hủy, chia cắt để trình diện các kháng nguyên trên bề mặt đại thực bào với các lympho T (CD_4). Một số vi khuẩn không bị tiêu diệt

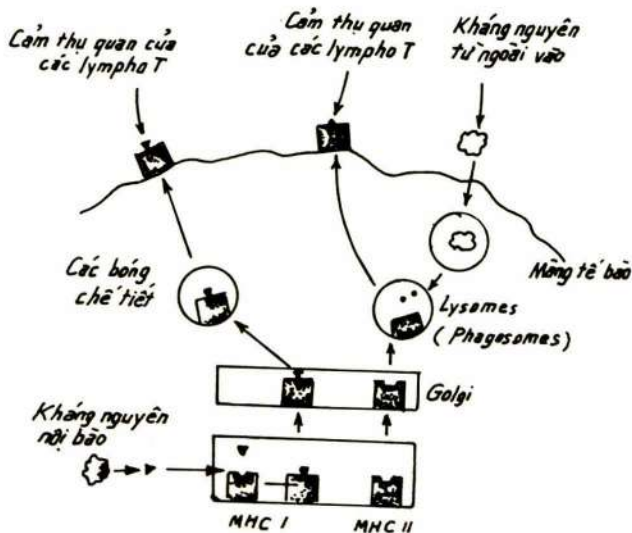


Hình 3: Số phận của vi khuẩn lao khi vào trong đại thực bào

1. Vi khuẩn bị phân hủy trình diện kháng nguyên cho các TCD_4
2. Vi khuẩn bị bao bọc thành các thể biệt lập "nằm vùng" trong đại thực bào.
3. Vi khuẩn phá vỡ các phagosome tiếp tục lan tràn.

bị bao bọc tạo thành các thể biệt lập tồn tại “*nằm vùng*” trong đại thực bào. Mặc dù bị bao bọc, nhưng một số vi khuẩn tiếp tục sinh sản nhân lên phá vỡ các phagosome và phá vỡ cả đại thực bào, chúng lan tràn vào máu (Hình 3).

Đại thực bào trình diện kháng nguyên với các lympho T như thế nào, đó là các phản ứng xảy ra ở mức phân tử rất phức tạp, y học cũng chưa hiểu biết hoàn toàn, song có thể tóm tắt theo sơ đồ sau:



Hình 4: Sự trình diện kháng nguyên của đại thực bào với các lympho T

Qua hình trên ta có thể thấy rõ vai trò rất quan trọng của các phân tử MHC (Major Histocompatibility Complex) lớp I và lớp II nằm trong gen đã "*chỉ huy*" đại thực bào trình diện kháng nguyên như thế nào. Đối với các kháng nguyên từ bên ngoài phân tử MHC II (HLA-DP, DQ và DR) đã thông qua lưới Golgi trong tế bào tới các bọc lysosomes (phagosomes) trình diện kháng nguyên lên bề mặt tế bào với các lympho T (chủ yếu là các TCD₄). Những kháng nguyên được hình thành trong tế bào (kháng nguyên nội bào) thì phân tử MHCI (HLA-A, B,C) sẽ "*chỉ huy*" qua hệ Golgi tới các bóng chế tiết, để trình diện kháng nguyên trên bề mặt đại thực bào với các tế bào lympho T (chủ yếu là các TCD₈).

Sự tương tác giữa vi khuẩn lao và đại thực bào làm cho một số vi khuẩn bị chết. Nhưng một số vi khuẩn không bị tiêu diệt, tiếp tục phát triển trong đại thực bào. Đại thực bào thay đổi hình dạng thành những tế bào lớn hơn (tế bào Langhans) vào cuối tuần thứ nhất và đến tuần thứ 2 từ khi vi khuẩn xâm nhập vào. Xung quanh các tế bào langhans là một vành đai tế bào lympho tế bào bán liên. Hoại tử ở trung tâm tổn thương xảy ra vào cuối tuần thứ 2 (chất bã đậu lỏng được hình thành). Trong máu bệnh nhi hình thành kháng thể chống lại các kháng nguyên của vi khuẩn lao và phản ứng Tuberculin bắt đầu dương tính ở tuần lễ thứ 3. Chỉ 1 tháng tổ chức xơ đã xuất hiện bao bọc lấy tổn thương xen lẫn các

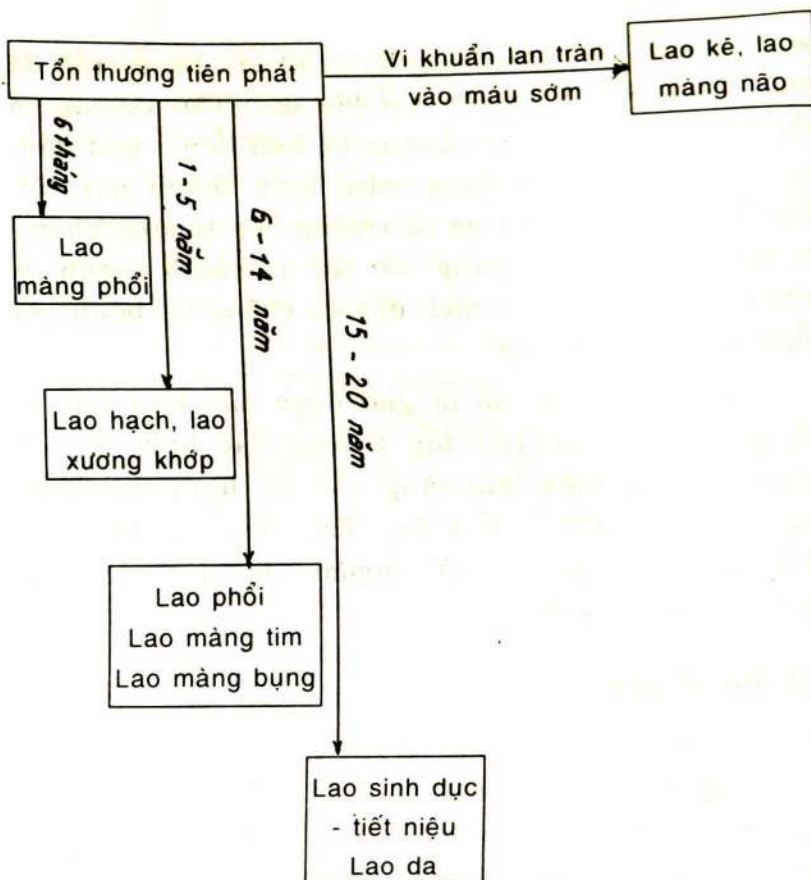
sợi collagen và chứa trong đó vi khuẩn lao có thể đã chết hoặc còn sống tồn tại lâu dài. Tổn thương có thể tự khỏi: các tế bào khổng lồ, bán liên... mất dần, có hiện tượng lắng đọng calci, hình thành nốt vôi. Đây là diễn biến của đa số trường hợp thường không có triệu chứng lâm sàng. Cơ thể trẻ hình thành dị ứng sớm, nhưng miễn dịch đầy đủ chống lại bệnh lao phải sau 2 - 3 tháng.

Tóm lại nhiễm lao là giai đoạn đầu tiên khi vi khuẩn vào cơ thể gây tổn thương đặc hiệu, đa số không có dấu hiệu lâm sàng. Cơ thể hình thành dị ứng và miễn dịch chống lao. Khi chưa có đại dịch HIV/AIDS thì khoảng 90% người nhiễm lao không chuyển thành bệnh lao.

2.2. Bệnh lao

2.2.1. Bệnh lao có thể xảy ra rất sớm ngay trong giai đoạn nhiễm lao, trẻ càng nhỏ thì bệnh lao càng dễ xảy ra. Đó là ngay ở giai đoạn nhiễm lao, vi khuẩn đã vào máu lan tràn tới các cơ quan gây tổn thương như màng não, xương khớp, hạch, võ thận... Vì vậy ở trẻ nhỏ (nhất là trẻ dưới 1 tuổi) hay gặp bệnh cảnh lao kê phổi, kèm theo lao nhiều bộ phận khác trong cơ thể.

2.2.2. Thời gian trung bình từ khi nhiễm lao đến lúc bị lao ở một số cơ quan như sau:



Sơ đồ về thời gian trung bình mắc các thể lao sau tổn thương tiên phát.

Sơ đồ trên đã cho thấy rõ rằng ngoài lao kê, lao màng não xảy ra rất sớm cùng với tổn thương tiên phát, các thể lao khác xảy ra muộn hơn: lao màng phổi trung bình là 6 tháng, sau đó là lao hạch, lao xương khớp (1 đến 5 năm). Lao sinh dục - tiết niệu

xuất hiện muộn nhất sau tổn thương sơ nhiễm, thậm chí trẻ đã thành người lớn mới bị bệnh. Điều này càng cho thấy câu nói sau đây là có cơ sở khoa học: *"Bệnh lao ở người lớn là một bản nhạc, mà những nốt nhạc đầu tiên đã được ngân lên từ thời thơ ấu"*.

2.2.3. Nguồn gốc vi khuẩn gây bệnh lao:

Những trường hợp bệnh lao xuất hiện sau một thời gian bị nhiễm lao (một vài năm, hàng chục năm hoặc lâu hơn nữa), hiện nay có 2 giả thuyết về nguồn gốc vi khuẩn gây bệnh.

Thuyết ngoại sinh: Các tác giả theo trường phái này cho rằng bệnh lao sau này là do vi khuẩn từ bên ngoài vào (lây từ bệnh nhân). Để bảo vệ cho quan điểm của mình, người ta đã chứng minh là các nốt vôi (di tích của thời kỳ nhiễm lao) không còn vi khuẩn lao. Thường sau 5 năm các tổn thương tiên phát không còn khả năng tái triển nữa.

Thuyết nội sinh: Ngược lại với quan điểm trên đây, thuyết vi khuẩn nội sinh cho rằng bệnh lao ở trẻ sau này là do vi khuẩn từ tổn thương thời kỳ nhiễm khuẩn lao tái triển trở lại. Người ta xác định thực khuẩn thể (phage), thấy trên một đứa trẻ bị bệnh rất ít khi có 2 type phage (nghĩa là chỉ có một loại vi khuẩn lao thường gây bệnh mà thôi).

Thuyết nguồn gốc vi khuẩn cả nội sinh và ngoại sinh:

Giả thuyết này cho rằng vi khuẩn có thể tái diễn từ tổn thương cũ và cũng có thể từ bên ngoài vào gây bệnh lao. Vai trò vi khuẩn là ngoại sinh hay nội sinh là tùy thuộc vào từng nước. Ở các nước phát triển, bệnh lao ít (ít nguồn lây) thì vi khuẩn nội sinh là chính, còn ở các nước đang phát triển (trong đó có nước ta) bệnh lao còn nặng nề, nguồn lây nhiều, thì vi khuẩn từ bên ngoài vào gây bệnh là chủ yếu. Công tác phòng chống bệnh lao ở các nước này cần ***phát hiện, điều trị giải quyết nguồn lây là một nội dung rất quan trọng.***

3. CÁC YẾU TỐ THUẬN LỢI ĐỂ TRẺ EM DỄ MẮC BỆNH LAO

3.1. Nguồn lây

Những trẻ tiếp xúc với nguồn lây nhất là tiếp xúc với nguồn lây chính dễ có nguy cơ bị bệnh. Trẻ em càng nhỏ tiếp xúc với nguồn lây càng dễ bị bệnh hơn.

3.2. Trẻ em chưa được tiêm phòng lao bằng vaccin BCG

Khả năng bảo vệ của vaccin BCG trung bình 65 - 70%. Tuy còn ý kiến khác nhau về vai trò của vaccin BCG, nhưng hầu như các công trình đều nhất trí đánh giá là tiêm vaccin BCG giúp cho trẻ em tránh được các thể lao nặng như lao kê, lao màng não. Cần

chú ý đến kỹ thuật tiêm và chất lượng của BCG mới đạt được hiệu quả mong muốn.

3.3. Các yếu tố xã hội ảnh hưởng tới bệnh lao trẻ em

Bệnh lao bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố của xã hội. Các nước nghèo, mức sống thấp bệnh lao thường là trầm trọng. Chỉ nhờ cuộc sống được nâng cao, mà ở các nước phát triển nguy cơ nhiễm lao giảm mỗi năm 4 đến 5%. Ngược lại các nước nghèo sự giảm này không có. Bệnh lao cũng đã tăng lên rõ rệt qua các cuộc đại chiến thế giới. Ở nước ta cũng thấy rõ điều đó trong thời gian chiến tranh vừa qua. Ở các tỉnh khu 4 cũ, nơi cuộc chiến tranh phá hoại ác liệt nhất, bệnh lao đã tăng lên so với các tỉnh khác. Khi bệnh lao tăng lên, thì cũng có nghĩa là nhiều nguồn lây trong cộng đồng và số trẻ bị bệnh cũng tăng lên.

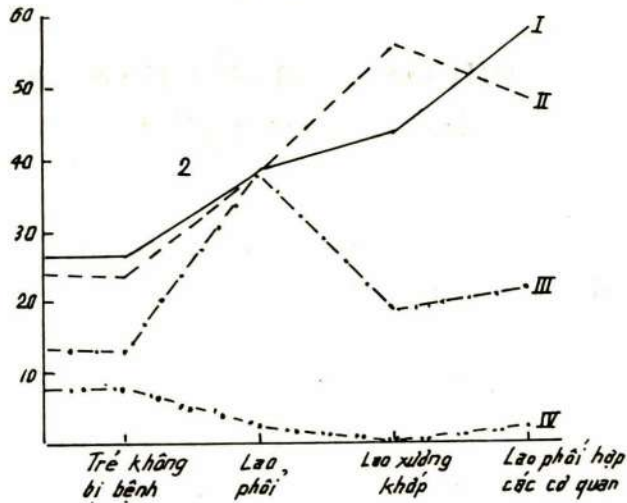
3.4. Một số bệnh tạo điều kiện thuận lợi cho trẻ dễ mắc lao

3.4.1. Suy dinh dưỡng, còi xương, suy giảm sức đề kháng sau các bệnh do virus (cúm, sởi...) tạo điều kiện thuận lợi để trẻ dễ mắc lao.

3.4.2. Đại dịch HIV/AIDS ở người lớn đang để lại những "thảm họa" nặng nề cho trẻ em. Khi người mẹ bị nhiễm HIV/AIDS thì tỷ lệ truyền cho con rất lớn (30 - 40%). Trẻ em đẻ ra đã bị nhiễm HIV/AIDS, sức

đề kháng giảm, sẽ là môi trường thuận lợi để cho vi khuẩn lao gây bệnh. Sự song hành của 2 bệnh này ở đứa trẻ mới sinh hoặc nhỏ tuổi khó tránh khỏi tử vong.

3.4.3. *Yếu tố cơ địa*: Sự khác nhau về khả năng mắc bệnh lao giữa các dân tộc đã được y học nhận xét từ lâu, trong đó có sự khác nhau giữa người không bị lao và người bị lao về các kháng nguyên hoà hợp tổ chức HLA (Human Leucocyte Antigen). Người ta nhận thấy ở trẻ bị lao có một số kháng nguyên tăng hơn so với trẻ không bị bệnh. Khi phân tích 171 trẻ bị bệnh lao I.F.Dovgalyuk và CS (1990) thấy các kháng nguyên HLA - DR₇, DR₅, DR₂ và DR₆ có những thay đổi ở nhóm bị bệnh so với nhóm chứng và trong từng thể lao, mức độ của các kháng nguyên này cũng khác nhau (Hình 5). Tuy nhiên vấn đề này cần được tiếp tục nghiên cứu.



I. Kháng nguyên HLA - DR₇

II. Kháng nguyên HLA-DR₅

III. Kháng nguyên HLA - DR₂

IV. Kháng nguyên HLA - DR₆

Hình 5: Một số kháng nguyên của hệ HLA ở trẻ em bị bệnh lao và trẻ không bị bệnh lao I.HLA-DR₇, II.HLA-DR₅, III.HLA-DR₂, IV.HLA-DR₆ (Theo I.F.Dovgalyuk, 1990).

Chương 3

CÁC PHƯƠNG PHÁP CHẨN ĐOÁN BỆNH LAO TRẺ EM

1. NHỮNG KHÓ KHĂN TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH LAO TRẺ EM

Chẩn đoán bệnh lao ở trẻ em gặp nhiều khó khăn bởi các lý do sau đây:

1.1! Bệnh lao trẻ em hầu hết không phải là nguồn lây

Như đã trình bày ở trên, đa số (95%) trẻ bị bệnh không bài tiết vi khuẩn lao trong các bệnh phẩm (như đờm, các dịch tiết...). Trừ những trẻ bị bệnh lao phổi (thường gặp ở lứa tuổi 10 đến 14) là có khả năng có vi khuẩn trong đờm, còn các thể lao khác như lao sơ nhiễm, lao màng não, xương khớp... đều rất khó tìm thấy vi khuẩn trong các bệnh phẩm. Mà chúng ta đều biết chẩn đoán bệnh lao hiện nay yếu tố quyết định là tìm thấy vi khuẩn lao, đây là **tiêu chuẩn vàng** (gold standard).

Khi đã không có tiêu chuẩn vàng thì cần dựa vào nhiều yếu tố khác để chẩn đoán.

1.2. Ở trẻ em khó tiến hành một số kỹ thuật xâm nhập để chẩn đoán

Ngoài việc tìm thấy vi khuẩn lao để chẩn đoán xác định nguyên nhân gây bệnh, thì ở người lớn còn có thể tiến hành một số kỹ thuật xâm nhập để chẩn đoán bệnh lao. Các kỹ thuật hay dùng là: soi phế quản, rửa phế quản - phế nang để tìm vi khuẩn lao, sinh thiết phế quản, sinh thiết xuyên thành phế quản, sinh thiết phổi qua thành ngực vào tổn thương để lấy bệnh phẩm chẩn đoán mô bệnh học.

Đối với lao xương khớp, lao màng phổi thì có thể sinh thiết màng khớp, xương, màng phổi để chẩn đoán. Các kỹ thuật trên đây khó thực hiện thậm chí nguy hiểm cho trẻ em, vì vậy ít được áp dụng. Chỉ có một kỹ thuật có thể áp dụng cho trẻ được là chọc dò, sinh thiết các hạch ngoại biên khi cần chẩn đoán bệnh lao hạch.

1.3. Triệu chứng bệnh lao ở trẻ em không đặc hiệu

Không có một triệu chứng lâm sàng nào ở trẻ em đặc hiệu cho bệnh lao. Khi tổn thương lao ở cơ quan hô hấp (lao sơ nhiễm, lao phổi) trẻ cũng bị ho, sốt, khó thở... Đây cũng là triệu chứng của nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính, một tình trạng bệnh lý gặp

hiều nhất và cũng gây tử vong cao nhất ở trẻ em hiện nay ở các nước đang phát triển. Khi trẻ bị lao màng não thì có hội chứng màng não - não, hội chứng này cũng gặp trong viêm màng não mủ, viêm màng não do virus hoặc viêm não. Bệnh lao hạch thì hạch to, nhưng ở trẻ em phản ứng hạch cũng không phải ít gặp, nhất là đối với các nhiễm khuẩn ở tai mũi họng... Các triệu chứng lâm sàng có ý nghĩa gợi ý hướng tới nguyên nhân lao nhiều hơn là trẻ ốm dai dẳng, sốt nhẹ về đêm, ra mồ hôi trộm... Tuy nhiên không có triệu chứng nào là đặc hiệu cho bệnh lao.

1.4. Trẻ bị bệnh không diễn tả được hết các triệu chứng bệnh

Đối với trẻ nhỏ thì hoàn toàn không thể khai thác phần bệnh sử vì trẻ chưa nói được. Điều này chỉ thực hiện được thông qua người nhà bệnh nhi (bố, mẹ, ông, bà...). Rõ ràng là phần chi tiết của bệnh tật khó có thể chính xác, nhất là những dấu hiệu sớm của bệnh. Người nhà chỉ để ý đến những triệu chứng của trẻ khi bệnh đã ở giai đoạn muộn, thậm chí nguy hiểm tới tính mạng của trẻ như co giật, hôn mê... mới đưa trẻ đi bệnh viện.

Ở trẻ lớn có thể khai thác được chi tiết hơn về bệnh sử, nhưng thường cũng không đầy đủ, vì trẻ chưa ý thức đầy đủ về sức khỏe của mình, ít khi nhớ chính xác các triệu chứng và thời gian bị bệnh.

1.5. Ở nước ta trẻ em suy dinh dưỡng còn khá phổ biến

Nước ta còn hơn 40% trẻ bị suy dinh dưỡng, ở những trẻ này sức đề kháng bị giảm, tức là phản ứng của cơ thể sẽ kém đối với các tác nhân gây bệnh (trong đó có vi khuẩn lao). Vì vậy bệnh lao ở trẻ suy dinh dưỡng thường ít triệu chứng lâm sàng, về xét nghiệm phản ứng Mantoux cũng có thể âm tính, càng khó khăn cho chẩn đoán. Các nghiên cứu ở Viện lao - Bệnh phổi, Viện Bảo vệ sức khỏe trẻ em đều cho thấy hầu hết trẻ bị lao đều có suy dinh dưỡng kèm theo. Chẩn đoán không phù hợp giữa lâm sàng (tại Viện Bảo vệ sức khỏe trẻ em) và mô tử thi tới 41,8% trong 10 năm 1981 - 1990 (Lê Phúc Phát, 1997). Trong tương lai khi trẻ bị nhiễm HIV/AIDS ngày càng nhiều, thì chẩn đoán bệnh lao ở bệnh nhi này sẽ càng gặp khó khăn hơn, vì trẻ sẽ có rất ít triệu chứng lâm sàng hoặc những triệu chứng này bị các bệnh bội nhiễm khác lẫn lộn. Xét nghiệm phản ứng Mantoux âm tính với tỷ lệ cao và tổn thương trên X quang có thay đổi so với tổn thương cổ điển của bệnh lao.

2. CHẨN ĐOÁN BỆNH LAO TRẺ EM DỰA VÀO CÁC TIÊU CHUẨN CỔ ĐIỂN

Từ lâu chẩn đoán bệnh lao trẻ em được dựa vào các yếu tố sau đây:

2.1. Triệu chứng lâm sàng

Trừ những trẻ quá suy kiệt (suy dinh dưỡng) còn trẻ bị bệnh đều có triệu chứng. Đây là những dấu hiệu khiến bệnh nhi được đưa đi khám bệnh. Có thể chia triệu chứng của bệnh ra làm 2 loại chính:

- *Triệu chứng toàn thân*: Trẻ có hội chứng nhiễm khuẩn, nhiễm độc mạn tính: sốt nhẹ về chiều, tối, ăn kém, bỏ bú, quấy khóc, gầy sút, ra mồ hôi về ban đêm... Hội chứng nhiễm khuẩn, nhiễm độc cấp tính (sốt cao) cũng có thể gặp trong lao kê, lao màng não, lao màng phổi.

- *Triệu chứng tại chỗ nơi bị bệnh*: Đó là những dấu hiệu tại nơi tổn thương giúp cho người thầy thuốc xác định được cơ quan bị bệnh. Đối với tổn thương ở phổi, màng phổi trẻ kèm theo ho, khó thở, tím tái, đau ngực. Khi lao màng não sẽ có hội chứng màng não, dấu hiệu thần kinh khu trú. Lao xương khớp thì đau và có thể biến dạng xương khớp. Lao màng bụng hay có cổ trướng.v.v... Những triệu chứng tại chỗ, tuy có một vài đặc điểm riêng của bệnh lao, nhưng không phải đặc hiệu chỉ cho bệnh lao.

2.2. Phản ứng da với Tuberculin

Kỹ thuật đang được dùng ở các nước cũng như nước ta là tiêm Tuberculin trong da - gọi là phản ứng Mantoux. Đối với trẻ em chưa được tiêm vaccin

BCG, nếu phát hiện được hiện tượng chuyển phản ứng: phản ứng thử lần đầu âm tính, sau đó một thời gian (2,3 tháng sau) thử lại phản ứng dương tính thì rất có giá trị chẩn đoán. Nhưng điều này rất khó thực hiện trong thực tế. Mặt khác hầu hết trẻ ở nước ta hiện nay được tiêm vaccin BCG thì phản ứng Mantoux đều dương tính. Như vậy mức độ dương tính của phản ứng ở trẻ đã tiêm BCG và chưa tiêm vaccin này sẽ khác nhau. Với Tuberculin PPD, liều lượng 10 đơn vị, khi phản ứng có đường kính nốt sần từ 10mm trở lên được coi là dương tính ở trẻ chưa tiêm vaccin BCG.

Đối với trẻ đã tiêm BCG thì kích thước đường kính nốt sần phải từ 15mm trở lên mới có giá trị. Những trẻ kèm nhiễm HIV, do cơ thể giảm sức đề kháng chỉ cần phản ứng có nốt sần từ 5 mm trở lên đã được coi là dương tính. Trẻ em có phản ứng Mantoux dương tính, cũng chỉ là một yếu tố góp phần để chẩn đoán. Không thể chỉ dựa vào phản ứng Mantoux dương tính mà nói rằng trẻ bị bệnh lao. Tuy nhiên những trường hợp phản ứng dương tính mạnh, có cả bọng nước tại chỗ tiêm thì là một gợi ý quan trọng nghi tới trẻ bị lao. Ngược lại, khi phản ứng Mantoux âm tính, thì cũng không thể khẳng định là trẻ không bị bệnh. Vì phản ứng này có thể âm tính trong một số trường hợp sau đây:

- Trẻ đang bị bệnh do virus: cúm, sởi...

- Trẻ bị suy dinh dưỡng, còi xương, cơ thể suy kiệt.
- Trẻ em bị một số thể lao nặng như lao kê, lao màng não.
- Đang dùng corticoid.
- Trẻ nhiễm HIV/AIDS.
- Có một số trẻ vô dị ứng với Tuberculin.

Như vậy khi phân tích kết quả phản ứng Mantoux, cần phải đánh giá trên từng trẻ cụ thể thì mới có nhận định đúng đắn.

2.3. Vai trò của chẩn đoán hình ảnh

2.3.1. Hình ảnh X quang:

- Kỹ thuật X quang thông thường (chụp phổi thẳng, nghiêng, chụp cột sống, các xương...) có giá trị trong chẩn đoán một số thể lao như lao sơ nhiễm, lao kê, phế quản phế viêm lao, các thể lao phổi mạn tính, lao xương khớp... (Các hình ảnh tổn thương cụ thể của các thể bệnh được chi tiết ở chương sau).

- Kỹ thuật chụp cắt lớp (Tomography) hay cắt lớp điện toán (C.T. Scan) nhằm phát hiện hình ảnh hạch trung thất, góp phần xác minh hạch trung thất to hoặc tổn thương sơ nhiễm. Các kỹ thuật này tốn kém, chưa được sử dụng nhiều ở nước ta.

- Chụp hệ tiết niệu có cản quang khi nghi ngờ trẻ lao thận - tiết niệu.

2.3.2. *Vai trò của siêu âm*: Siêu âm ít có ý nghĩa trong chẩn đoán bệnh lao trẻ em. Tuy nhiên siêu âm có thể giúp xác định tình trạng tràn dịch màng phổi, màng bụng... khi lượng dịch ít, khu trú và hướng cho vị trí chọc dò dịch.

2.4. Tìm vi khuẩn lao trong các bệnh phẩm

Đây là yếu tố quyết định cho chẩn đoán lao. Nhưng tỷ lệ tìm thấy vi khuẩn rất thấp nên khó khăn cho chẩn đoán. Các bệnh phẩm thường được sử dụng là:

- Đối với lao sơ nhiễm ở phổi, lao phổi: Bệnh phẩm là đờm (trẻ lớn) dịch rửa dạ dày (đối với trẻ nhỏ), vì trẻ nhỏ chưa có phản xạ ho khạc đờm chúng thường nuốt đờm.

- Dịch não tủy, dịch màng phổi, dịch màng bụng, dịch khớp, khi nghi ngờ các bộ phận này bị lao cần nuôi cấy mới có thể cho kết quả dương tính.

- Tìm vi khuẩn trong nước tiểu nếu nghi lao thận, tiết niệu. Bằng phương pháp nhuộm soi kính, chỉ cho biết trong bệnh phẩm có trực khuẩn kháng cồn, kháng toan mà thôi (Acid Fast Bacilli = AFB), còn nuôi cấy mới phân loại cụ thể được các loại vi khuẩn.

Hiện nay một số kỹ thuật hiện đại như PCR test có thể cho kết quả dương tính, khi trong bệnh phẩm rất ít vi khuẩn lao. Hy vọng kỹ thuật này góp phần tăng hiệu quả chẩn đoán bệnh lao ở trẻ em nước ta trong tương lai.

2.5. Các yếu tố thuận lợi dễ mắc lao

Những trẻ có các yếu tố sau đây dễ bị bệnh lao:

- Suy dinh dưỡng, còi xương: Khả năng đề kháng của trẻ giảm đối với các loại nhiễm khuẩn trong đó có bệnh lao.

- Trẻ em có tiếp xúc với nguồn lây: Trong gia đình có người bị bệnh lao, trẻ tiếp xúc thường xuyên và trực tiếp. Nếu trong gia đình có người lớn bị bệnh lao phổi, có vi khuẩn lao tìm được bằng phương pháp soi kính thì là nguồn lây nguy hiểm nhất (nguồn lây chính), khả năng trẻ bị bệnh trong các gia đình này là rất lớn, đặc biệt đối với trẻ nhỏ.

- Trẻ em chưa được tiêm phòng lao bằng vaccin BCG: Tiêm phòng lao bằng vaccin BCG có thể giúp trẻ tránh được thể lao nặng như lao kê, lao màng não. Nhưng tiêm BCG không phải là trẻ không còn khả năng bị bệnh vì khả năng bảo vệ của vaccin này không tuyệt đối.

- Trẻ nhiễm HIV/AIDS là điều kiện rất thuận lợi cho bệnh lao phát sinh và phát triển. Các trẻ em này đã giảm hoặc mất sức chống đỡ với các loại vi khuẩn.

Ngoài 5 yếu tố trên đây, người ta còn cho phép có thể điều trị thử thuốc lao và theo dõi diễn biến bệnh trong những trường hợp khó chẩn đoán... Sự

đáp ứng của bệnh với thuốc điều trị lao cũng được coi là một yếu tố để chẩn đoán.

3. CHẨN ĐOÁN BỆNH LAO TRẺ EM BẰNG PHẢN ỨNG HUYẾT THANH VÀ MỘT SỐ KỸ THUẬT HIỆN ĐẠI

Áp dụng các phản ứng huyết thanh để chẩn đoán bệnh lao nói chung và lao trẻ em nói riêng là một xu hướng đang được nêu lên. Mục đích của các phản ứng huyết thanh là nhằm phát hiện kháng thể trong máu đối với kháng nguyên của vi khuẩn lao. Người ta đã sử dụng những phản ứng sau đây:

1. Phản ứng chuyển màu bổ thể (complement fixation test).

2. Phản ứng ngưng kết hạt Latex (Latex particle agglutination test).

3. Phản ứng khuếch tán gel (Gel diffusion test).

4. Phản ứng miễn dịch khuếch tán (Immuno diffusion test).

5. Phản ứng miễn dịch gắn men (Enzym Linked Immuno - Sorbent Assay = ELISA): Đây là phản ứng được sử dụng ở nhiều nước, kể cả ở nước ta. Giá trị chẩn đoán được nêu lên nhiều nhất là trong chẩn đoán bệnh lao màng não (với Se: 80 - 85% và Sp: 95 - 100%). Kháng thể có nồng độ cao nhất ở trong máu là kháng thể kháng lại kháng nguyên siêu nhiễm

và kháng nguyên tiết của vi khuẩn lao (Doãn Trọng Tiên, 1996).

6. Miễn dịch phóng xạ (Radio Immuno Assay = RIA).

Miễn dịch phóng xạ có thể phát hiện được kháng thể trong dịch não tủy của trẻ bị lao từ 70 - 90%.

7. Sử dụng hệ Bactec chẩn đoán:

Người ta cho carbon phóng xạ vào môi trường nuôi cấy vi khuẩn lao (trong môi trường nuôi cấy có a.palmitric và a.formic).

Vi khuẩn chuyển hoá sẽ tiêu thụ các acid này và giải phóng CO_2 . Đo lượng CO_2 được giải phóng (có gắn carbon phóng xạ) bằng máy Bactec 460. Phương pháp này có thể chẩn đoán nhanh vi khuẩn lao (từ 7 đến 10 ngày). Kết quả chẩn đoán chính xác gấp 2 lần so với phương pháp nuôi cấy trên môi trường Loewenstein - Jensen. Đặc biệt với hệ Bacter có thể biết được vi khuẩn còn nhạy cảm với thuốc lao hay đã kháng thuốc.

8. Áp dụng phản ứng sinh hoá ADA (Adenosine Deaminase Activity (ADA test) - Đây là phản ứng sinh hoá rất có giá trị trong chẩn đoán phân biệt nguyên nhân tràn dịch màng phổi, màng não, màng bụng.. do lao hay là các nguyên nhân khác (Độ đặc hiệu đạt 98 - 100%).

9. Miễn dịch huỳnh quang (Soluble Antigen Fluorescent Antibody = SAFA).

10. Phản ứng chuỗi Polymerase (Polymerase Chain Reaction = PCR), kỹ thuật này được áp dụng vào chẩn đoán vi khuẩn lao từ năm 1985. Người ta dùng nhiệt độ để tách 2 sợi ADN của vi khuẩn lao, sau đó dùng các nucleotid cùng với men polymerase để nhân thành nhiều phân tử ADN - có cấu trúc giống như phân tử ADN lúc đầu. Kỹ thuật này cho phép phát hiện vi khuẩn lao khi có ít vi khuẩn trong bệnh phẩm (có thể phát hiện cả khi trong bệnh phẩm có dưới 10 vi khuẩn) và chỉ sau 2 ngày là cho kết quả. Vi khuẩn lao khi kháng thuốc cũng được chẩn đoán, vì kháng thuốc của vi khuẩn lao là kháng thuốc trong nhiễm sắc thể, nghĩa là có "đột biến" trong cấu trúc của ADN, mà nhờ PCR có thể nhận biết được. Ngoài ra, PCR còn định loại nhanh chóng được loại vi khuẩn gây bệnh lao (vi khuẩn lao người, lao bò hay các trực khuẩn kháng cồn kháng toan không điển hình), vì chúng có cấu trúc ADN khác nhau. Tuy cũng còn có một số ý kiến chưa thống nhất, nhưng PCR đang là niềm hy vọng của các nhà chuyên khoa trong chẩn đoán bệnh lao, trong đó có lao trẻ em.

4. CHẨN ĐOÁN BỆNH LAO TRẺ EM BẰNG DÙNG BẢNG ĐIỂM

Do khó khăn trong chẩn đoán mà một số tác giả muốn lượng hoá các triệu chứng bằng số điểm cụ thể, xin nêu một số bảng điểm sau đây:

4.1. Bảng điểm của Udani P.M. (1993). Tác giả đã có nhiều công trình nghiên cứu về bệnh lao ở trẻ em đưa ra 6 loại triệu chứng và cho điểm cho các triệu chứng đó như sau:

A: Trẻ có triệu chứng lâm sàng (Ho, sốt... kém ăn ≥ 2 tuần hoặc có triệu chứng của màng não: đau đầu, nôn... :3 điểm.

B: Có tiếp xúc với nguồn lây (AFB+): 3 điểm.

C: Phản ứng Tuberculin (5 đ/vị PPD, Rt₂₃ với Tween 80) $\geq 10\text{mm}$: 3 điểm.

D: Phản ứng Tuberculin âm tính, nhưng phản ứng BCG test dương tính ở trẻ dưới 5 tuổi: 3 điểm.

E: Chụp phổi: Trên phim có hình hạch trung thất hoặc tổn thương nhu mô phổi: 3 điểm.

F: Trẻ ho hoặc ồm kéo dài 6 - 8 tuần sau bệnh sởi: 3 điểm.

Nếu trẻ có từ 3 điểm trở xuống: không bị lao.

Từ 3 đến 4 điểm: nghi ngờ bị lao.

Từ 5 đến 6 điểm: Cần điều trị lao.

Từ 7 điểm trở lên: Chẩn đoán xác định.

Cách tính điểm trên đây cũng có những khó khăn vì mỗi loại triệu chứng là 3 điểm, còn sẽ khó xác định số điểm của từng triệu chứng trong nhóm triệu chứng này. Đối với nước ta và nhiều nước trên thế

giới, hiện nay kỹ thuật BCG test không được sử dụng nữa nên càng khó đánh giá.

4.2. Bảng điểm của Ghidey.Y. (1993): Khi nghiên cứu 412 trường hợp bệnh lao ở trẻ em, tác giả đã cho biết chẩn đoán xác định bệnh lao ở trẻ em khi có từ 2 tiêu chuẩn sau đây trở lên:

1. Trẻ có tiền sử tiếp xúc với người lớn bị lao.
2. Có triệu chứng lâm sàng nghi mắc lao: Ho trên 2 tuần, sút cân, ra mồ hôi trộm, kém ăn...
3. Chụp X quang phổi chuẩn (thẳng) có biểu hiện bất thường.
4. Phản ứng Tuberculin (2 đơn vị PPD) dương tính khi:
 - Kích thước của nốt sẩn từ 10 mm trở lên với trẻ chưa tiêm vaccin BCG.
 - Kích thước của nốt sẩn từ 15 mm trở lên với trẻ đã tiêm vaccin BCG.
5. Tìm thấy AFB (Acid Fast Bacilli) trong dịch rửa dạ dày hoặc đờm, dịch rửa phế quản.

Sau 3 năm (1987 - 1989) áp dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh lao trẻ em trên đây, Migliori G.B. và CS (1992) thấy rằng với trẻ dưới 5 tuổi bị lao phổi (Tác giả theo dõi 210 trẻ bị bệnh) cần cụ thể hoá các tiêu chuẩn sát thực tiễn hơn như sau:

- A. Tìm thấy AFB trong dịch rửa dạ dày.

Hoặc

B. Có từ 2 tiêu chuẩn sau đây trở lên:

- Trẻ có tiếp xúc với người lớn bị lao.
- Có triệu chứng lâm sàng (đặc biệt là ho hơn 2 tuần).
- Phản ứng Tuberculin dương tính: Đường kính nốt sẩn từ 10 mm trở lên với trẻ chưa tiêm BCG và từ 15 mm trở lên cho trẻ đã tiêm vaccin BCG.
- Hình ảnh X quang (phim phổi chuẩn) có biểu hiện bất thường.
- Đáp ứng với điều trị thuốc lao (cân nặng tăng hơn 10% sau 2 tháng dùng thuốc, các dấu hiệu lâm sàng không còn).

Tác giả đã nhấn mạnh đến vai trò hầu như quyết định để chẩn đoán bệnh lao phổi ở trẻ nhỏ là tìm thấy AFB ở trong dịch rửa dạ dày. Tiêu chuẩn chẩn đoán cũng đặc biệt chú ý đến triệu chứng ho kéo dài hơn 2 tuần ở trẻ nhỏ rất quan trọng, vì với các bệnh hô hấp cấp tính, bệnh nhi có thể được dùng kháng sinh hoặc không được dùng thì thời gian đó cũng đã đủ cho số lớn bệnh nhi khỏi bệnh hoặc bệnh diễn biến nặng hơn, khiến gia đình đã phải đưa trẻ đi bệnh viện để chữa. Đối với trẻ nhỏ đáp ứng với thuốc lao khi chữa cũng đã được lượng hoá cụ thể là sau 2 tháng dùng thuốc trọng lượng phải tăng hơn 10% so với cân nặng trước khi điều trị và các dấu hiệu lâm sàng không còn nữa.

Ở nước ta, khi chúng ta chưa tiến hành phổ biến kỹ thuật rửa da dày để tìm AFB ở những trẻ nghi lao, thiết nghĩ có thể áp dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán ở tình huống thứ 2 (B) để xem hiệu quả của tiêu chuẩn này.

Như vậy tiêu chuẩn xem phản ứng Tuberculin dương tính đối với trẻ chưa tiêm BCG (đường kính nốt sần từ 10 mm trở lên) và đã tiêm BCG (đường kính từ 15 mm trở lên) đã được nhiều tác giả công nhận. Muốn biết trẻ đã được tiêm BCG vaccin hay chưa, biện pháp đơn giản là kiểm tra sẹo ở mặt ngoài cơ delta tay trái (theo quy định của CTCLQG đó là vị trí tiêm BCG ở nước ta).

Nhưng một thực tế ở nước ta cũng như ở các nước đang phát triển là số trẻ em bị suy dinh dưỡng còn nhiều. Trẻ suy dinh dưỡng, cơ thể suy kiệt, thì mặc dù đã tiêm BCG phản ứng với Tuberculin vẫn có thể âm tính, hoặc dương tính nhẹ khi bị bệnh lao.

4.3. Bảng điểm của Keith - Edwards (1996)

Gần đây Tổ chức y tế thế giới khuyến có thể sử dụng bảng điểm của Keith - Edwards (Giảng viên Trường Đại học Papua Niu Ghini) để chẩn đoán bệnh lao trẻ em, tác giả đã chú ý đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ để cho điểm cho tiêu chuẩn chẩn đoán như sau:

Đặc điểm lâm sàng \ Số điểm	0	1	3
Thời gian ốm	Dưới 2 tuần	2-4 tuần	Trên 4 tuần
Tình trạng dinh dưỡng (cân nặng theo tuổi)	Trên 80%	60-80%	Dưới 60%
Tiền sử mắc lao trong gia đình (quá khứ hay hiện tại)	Không	Gia đình cho biết có	Có nguồn lây (đờm AFB+)

Số điểm dành cho một số triệu chứng khác (nếu có)

Các triệu chứng	Số điểm
- Phản ứng Tuberculin dương tính	3
- Hạch to không đau, chắc, mềm → dò (ở cổ, nách, háng)	3
- Sốt không rõ căn nguyên, ra mồ hôi trộm, điều trị sốt rét không đỡ	2
- Suy dinh dưỡng không cải thiện sau 4 tuần điều trị.	3
- Biến dạng cột sống	4
- Sưng khớp xương, biến dạng hoặc dò	3
- Tràn dịch ổ bụng, có khối u trong bụng không rõ căn nguyên.	3
- Thần kinh trung ương: tỉnh tỉnh thay đổi hoặc hôn mê	3

Nếu số điểm từ 7 trở lên thì điều trị lao.

Do sự khó khăn phức tạp trong chẩn đoán bệnh lao trẻ em và các nước có những bảng điểm chẩn đoán khác nhau, tùy tình hình mỗi nước, mà năm 1996 TCYTTG lại nhấn mạnh lại những điểm quan trọng để chẩn đoán bệnh lao ở trẻ em đã trở thành kinh điển, có thể áp dụng ở tất cả các nước, đó là:

- Trẻ có tiếp xúc với nguồn lây (AFB+)
- Có phản ứng Tuberculin dương tính mạnh.
- Có triệu chứng lâm sàng.

Việc xác định chẩn đoán có thể bổ sung thêm bằng hình ảnh X quang. Nhưng ở những nơi không có điều kiện thực hiện kỹ thuật này thì 3 đặc điểm của trẻ có trên đây là cực kỳ quan trọng. Hình ảnh X quang đối với lao trẻ em là không đặc hiệu vì có nhiều tổn thương cũng giống như lao. Mặt khác X - quang phổi không thể phát hiện được các tổn thương lao ngoài phổi, mà ở trẻ em không phải ít gặp các thể lao này. Ngoài ra cũng cần nhấn mạnh là ở những trẻ quá nhỏ (nhất là ở thời kỳ sơ sinh) thì hình ảnh của X quang rất hạn chế.

Chương 4

LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÀ DỰ PHÒNG CÁC THỂ BỆNH LAO TRẺ EM

LAO SƠ NHIỄM

1. ĐẠI CƯƠNG

Lao sơ nhiễm là danh từ dùng để chỉ toàn thể các biểu hiện lâm sàng, tổn thương trên diện quang và những thay đổi về sinh học khi lần đầu tiên trực khuẩn lao xâm nhập vào cơ thể. Đây là khởi đầu của bệnh lao, tùy theo tình trạng của từng cơ thể, khả năng gây bệnh của vi khuẩn mà các triệu chứng có thể kín đáo hoặc biểu hiện rõ rệt. Một số tác giả còn gọi lao sơ nhiễm là lao khởi phát hay lao tiền nhiễm. Biểu hiện triệu chứng của nhiễm lao lần đầu tiên vào cơ thể rất khác nhau. Trong đa số trường hợp cơ thể chỉ có thay đổi về sinh học, xuất hiện dị ứng của Tuberculin, tức là "chuyển" phản ứng da với Tuberculin từ âm tính sang dương tính, mà không có biểu hiện lâm sàng và tổn thương X quang - Người ta thường gọi đó là trạng thái nhiễm lao hay

lao sơ nhiễm thể tiềm tàng (Gerbeaux. J - 1976). Mặc dù hơn 90% các trường hợp nhiễm lao là tiến triển thuận lợi và lành tính, nhưng một số trường hợp có biểu hiện lâm sàng và X quang nặng xảy ra sau một thời gian chuyển phản ứng Tuberculin, thậm chí sau 3 đến 6 năm sau. Theo kết quả của một số công trình nếu dùng hoá học dự phòng thì có thể ngăn cản được diễn biến xấu sau này.

Tình hình nhiễm lao khác nhau ở mỗi nước chủ yếu phụ thuộc vào nguồn lây. Ở Pháp phản ứng Tuberculin dương tính 2-3% ở trẻ nhỏ dưới 6 tuổi, 20-25% ở trẻ 12-14 tuổi và 65-68% ở sinh viên các trường đại học (Lette A; 1964). Ở Liên Xô (cũ) theo N. A. xiganôva (1976) tỷ lệ nhiễm lao là 35,5% ở học sinh 7 tuổi và 61,7% ở trẻ 12 tuổi. E. A. Adamôva (1978) thấy tỷ lệ nhiễm lao ở trẻ 9 tuổi là 34,7% và 45% ở trẻ 14 tuổi. ở Mỹ nhiễm lao đối với trẻ 6 tuổi là 2,3% và 13 tuổi là 7% (Ruggierod; 1982). Tại Uruguay, chỉ số mắc lao sơ nhiễm trong năm 1976 của trẻ dưới 9 tuổi là 20,68/10.000 (Fessemalé J. R; 1981).

Ở nước ta các số liệu về lao trẻ em còn chưa đầy đủ. Theo ước tính ở một số địa phương thì tỷ lệ khoảng 10-13/10.000 trẻ em (Phạm Khắc Quảng, 1989).

2. CĂN NGUYÊN, SINH BỆNH HỌC

2.1. Vi khuẩn gây bệnh

- *Vi khuẩn lao người (M. Tuberculosis Hominis):*
Đây là nguyên nhân chủ yếu gây lao sơ nhiễm ở nước

ta cũng như ở nhiều nước trên thế giới, vi khuẩn lao người thường gây lao sơ nhiễm ở phổi nhưng cũng có thể gây lao sơ nhiễm ngoài phổi như ở kết mạc, da, amydan (Amygdal). Khi nguồn lây là bệnh nhân lao vi khuẩn đã kháng thuốc thì trẻ mắc lao sơ nhiễm có BK kháng thuốc từ đầu. Hiện nay với các thuốc chống lao có tác dụng mạnh với vi khuẩn, vấn đề này không còn là điều đáng lo ngại như trước đây.

- *Trực khuẩn lao bò (M.bovis)*: Trực khuẩn lao bò cũng có thể gây lao sơ nhiễm khi uống sữa lấy từ bò bị lao không vô khuẩn tốt. Đường xâm nhập của vi khuẩn vào cơ thể là đường tiêu hoá. Rất hiếm gặp lây nhiễm giữa người với nhau do trực khuẩn lao bò, trừ một bệnh án mà E. Hedawall mô tả từ năm 1942 là bệnh nhân bị lao phổi do vi khuẩn lao bò có thể lây sang người khác. Vi khuẩn lao bò gây lao sơ nhiễm ở vùng Lyon (Pháp) là 5%. Ở Liên Xô vùng Cazácstăng có đến 10 - 20% nguyên nhân gây bệnh lao là vi khuẩn lao bò.

- *Trực khuẩn không điển hình: (M.Atipique)*: Cũng có thể là nguyên nhân của lao sơ nhiễm nhưng ít gặp. Ngày nay khi hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) gặp ở nhiều nước trên thế giới kể cả ở trẻ em, nguyên nhân gây bệnh lao ở những bệnh nhân này có cả trực khuẩn kháng cồn, kháng toan không điển hình thì vai trò của chúng trong lao sơ nhiễm cần được chú ý.

2.2. Đường gây bệnh

Đường hô hấp: Hầu hết vi khuẩn lao vào cơ thể gây lao sơ nhiễm bằng đường hô hấp. Bệnh nhân lao phổi khi ho các giọt nước bọt có thể bắn ra phía trước từ 0,8 - 1,2 m. Các hạt nước bọt li ti này sẽ vào cơ thể trẻ bằng đường hô hấp gây lao sơ nhiễm tại phổi. Người ta cho rằng trực khuẩn đầu tiên xâm nhập vào phế nang, tại đây vi khuẩn phát triển và gây tổn thương viêm đặc hiệu. Từ tổn thương ở phổi, vi khuẩn đi theo đường bạch huyết của phổi đến hạch trung thất gây viêm hạch trung thất, lúc này phức hợp sơ nhiễm được hình thành.

- *Đường tiêu hoá:* vi khuẩn xâm nhập vào cơ thể bằng đường tiêu hoá sẽ gây lao sơ nhiễm ở ruột: sưng sơ nhiễm ở niêm mạc ruột và viêm hạch mạc treo. Đó là những trường hợp uống sữa bò không vô khuẩn hoặc thai nhi khi chuyển dạ uống phải nước ối có nhiễm vi khuẩn lao.

- *Đường da và niêm mạc:* Hiếm gặp, vi khuẩn có thể gây lao sơ nhiễm với tổn thương là viêm kết mạc và viêm Amydan.

2.3. Tuổi mắc bệnh

Tuổi mắc lao sơ nhiễm liên quan đến nguồn lây, ở các nước, khi bệnh lao còn phổ biến nguồn lây còn nhiều thì lao sơ nhiễm gặp nhiều ở trẻ em nhỏ tuổi. Ngược lại, các nước bệnh lao đã giảm nguồn lây ít

thì tuổi mắc lao sơ nhiễm càng tăng, ở nước ta thường gặp lao sơ nhiễm ở trẻ em 1-5 tuổi.

2.4. Những yếu tố thuận lợi

2.4.1. Nguồn lây:

Đóng vai trò rất quan trọng trong bệnh lao sơ nhiễm nhất là ở trẻ nhỏ. Nguồn lây quan trọng nhất là những bệnh nhân lao phổi, đặc biệt là những trường hợp lao phổi AFB (+) trong đờm bằng phương pháp nhuộm soi trực tiếp. Từ năm 1920 Leon Bernard đã theo dõi ở trẻ sơ sinh bị lao và thấy tất cả những trẻ này đều có nguồn lây từ những người trong gia đình, đối với trẻ lớn cũng có nguồn lây là 74% các trường hợp. Những bệnh nhân không rõ nguồn lây, người ta cho rằng do trẻ đã tiếp xúc ngẫu nhiên với một người bị bệnh lao mà không biết hoặc đã hít phải bụi chứa trực khuẩn. A.Murrieb (1990) theo dõi thấy rằng, mặc dù nguồn lây giống nhau, nhưng tỷ lệ trẻ bị lao sơ nhiễm ở những gia đình nhiều con (từ 3 trở lên) nhiều gấp 2, 3 lần những gia đình chỉ có 1-2 con.

2.4.2. Trẻ không tiêm vaccin BCG:

Những trẻ không tiêm vaccin BCG có nguy cơ bị lao nhiều hơn những trẻ em được tiêm vaccin BCG. Theo Phạm Khắc Quảng (1964) thấy 99,5% trẻ em chết vì bệnh lao tại bệnh viện Bạch Mai (1959 - 1963) đã không được tiêm vaccin BCG. Trong số 575

trẻ em bị bệnh lao nằm điều trị tại khoa nhi (VLBP) từ 1976 - 1982 cũng chỉ 10% trẻ được tiêm vaccin BCG. Điều cần chú ý là BCG, một biện pháp phòng bệnh lao có hiệu quả nhưng không tuyệt đối. Trẻ đã tiêm vaccin BCG nhưng tiếp xúc thường xuyên với nguồn lây chính, kéo dài thì vẫn có thể bị lao sơ nhiễm.

2.4.3. Trẻ bị suy giảm miễn dịch:

Lao sơ nhiễm dễ xuất hiện ở những trẻ em sau khi bị mắc các bệnh virus (cúm, sởi), những trẻ suy dinh dưỡng, điều trị corticoid kéo dài, u tuyến ức.

3. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

3.1. Đại thể

Tổn thương được mô tả từ lâu đối với lao sơ nhiễm là phức tạp sơ nhiễm ở phổi, bao gồm sãng - sơ nhiễm và viêm hạch trung thất. Sãng sơ nhiễm thường nhỏ, đường kính dưới 1 cm khó quan sát trên đại thể. Vị trí sãng sơ nhiễm có thể ở thùy trên, thùy dưới, ít gặp ở thùy giữa, phổi phải gặp nhiều hơn phổi trái. Ở giữa sãng sơ nhiễm có thể có vôi hoá, viêm hạch trung thất là yếu tố thứ hai trong phức hợp sơ nhiễm. Các hạch xuất hiện muộn, sưng to nhất là ở trẻ nhỏ, phần lớn là viêm nhiều hạch, kích thước hạch to nhỏ khác nhau. Trong thực tế người ta thấy các nhóm hạch cạnh khí quản phải và quanh

phế quản gốc phải (nhóm I, III) hay bị tổn thương. Điều này được giải thích do sự dẫn lưu đặc biệt của hệ bạch mạch ở phổi: các bạch mạch ở phổi trái dẫn lưu về nhóm hạch cạnh khí quản trái, quanh phế quản gốc trái rồi chảy về nhóm hạch cạnh khí quản phải và quanh phế quản gốc phải. Ngược lại, hệ bạch mạch phổi phải chủ yếu đổ về các hạch trung thất bên phải, rất hãn hữu chảy về các nhóm hạch trung thất trái. Các hạch trung thất được nối với sáng sơ nhiễm bằng một đường bạch huyết bị viêm, hoại tử bã đậu, có thể thấy các hạt lao kê ở xung quanh đường bạch huyết.

3.2. Vi thể

3.2.1. Tổn thương sáng sơ nhiễm:

Khi vi khuẩn xâm nhập vào tổ chức phổi (ruột) trong 24 giờ đầu có nhiều bạch cầu đa nhân trung tính tập trung tại tổn thương. Sang ngày thứ hai bạch cầu trung tính được thay thế bởi các đại thực bào. Nếu BK không bị tiêu diệt thì xuất hiện các tế bào khổng lồ, bán liên, lympho, rồi hoại tử bã đậu và hang lao được hình thành.

3.2.2. Tổn thương ở hạch bạch huyết:

Hoại tử bã đậu chiếm một phần hay toàn bộ hạch bạch huyết, nhưng thường gặp hơn là các nang lao điển hình với các thành phần đã được mô tả từ

lâu. Quá trình lắng đọng calci cũng xảy ra ở các hạch viêm.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Các triệu chứng lâm sàng của lao sơ nhiễm rất đa dạng và không đặc hiệu.

4.1. Hình thức bắt đầu

Bệnh có thể biểu hiện với các triệu chứng cấp tính hoặc bắt đầu với các dấu hiệu không rõ ràng.

- *Bệnh bắt đầu từ từ*: Bệnh nhân sốt nhẹ kéo dài, nhiệt độ buổi chiều và đêm cao hơn buổi sáng, trẻ gầy sút, kém ăn, quấy khóc, rối loạn tiêu hoá, ho khan.

- *Bệnh bắt đầu cấp tính*: Bệnh nhi sốt cao đột ngột, có thể kèm theo nôn và co giật hoặc sốt cao kèm theo các ban nút ở mặt trước cẳng chân.

4.2. Giai đoạn toàn phát

4.2.1. Triệu chứng toàn thân:

Các triệu chứng ở giai đoạn đầu tăng lên, bệnh nhân có hội chứng nhiễm khuẩn nhiễm độc kéo dài: sốt liên tục về chiều và đêm, ra mồ hôi khi ngủ, trẻ quấy khóc, sút cân, da xanh, ho có thể có đờm. Nếu bệnh bắt đầu cấp tính thì bệnh nhân tiếp tục sốt cao kéo dài, mạch nhanh, đi tiểu ít, toàn thân li bì.

4.2.2. Triệu chứng cơ năng:

Ho lúc đầu không có đờm, dần dần đờm xuất hiện, những trẻ lớn có thể khạc ra đờm màu trắng, vàng, có khi bệnh nhi thở có tiếng rít, nhất là những trường hợp hạch trung thất to chèn ép vào khí phế quản.

4.2.3. Triệu chứng thực thể:

Khi lao sơ nhiễm chưa có các biến chứng, các dấu hiệu thực thể thường nghèo nàn, khó phát hiện trên lâm sàng. Tuy nhiên ở một số bệnh nhân có thể có các biểu hiện sau đây:

- Nghe thấy một số ran phế quản ở khoang liên sườn 3 - 4 phía trước, một bên hoặc hai bên, tương ứng với vị trí hạch trung thất to chèn ép vào khí phế quản. Các ran này thường thay đổi.

- Gõ đục, rì rào phế nang giảm kèm theo ran nổ ở một vị trí nhất định của phổi. Trong một số thể lâm sàng đặc biệt, khi thăm khám còn phát hiện được viêm kết mạc phỏng nước, ban nút đỏ ở cẳng chân hoặc hạch mạc treo to trong lao sơ nhiễm ở đường tiêu hoá.

5. CẬN LÂM SÀNG

5.1. Phản ứng Tuberculin

Đây là xét nghiệm có vai trò quan trọng trong lao sơ nhiễm ở trẻ em. Hiện nay thường dùng Tuberculin

tiêm trong da (phản ứng Mantoux). Nếu phát hiện được sự chuyển phản ứng (test Tuberculin chuyển từ âm tính sang dương tính) thì rất có giá trị. Đối với trẻ đã tiêm vaccin BCG thì phản ứng phải dương tính từ 15 mm trở lên mới có giá trị chẩn đoán. Trẻ bị suy dinh dưỡng nặng, khi lao sơ nhiễm đã có biến chứng lao kê, lao màng não, ở trẻ sau khi bị các bệnh do virus (sởi, cúm) hoặc thiếu hụt miễn dịch thì phản ứng Tuberculin có thể âm tính.

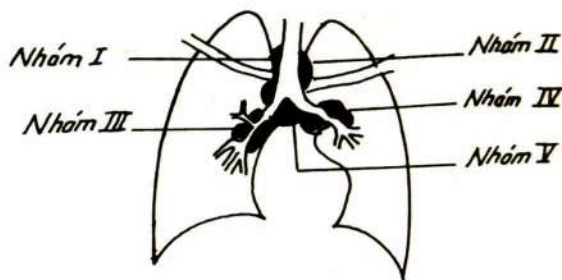
5.2. Chụp phổi

Tổn thương của lao sơ nhiễm có các hình ảnh sau trên X quang:

5.2.1. Viêm hạch trung thất:

Có 5 nhóm hạch khí quản trên X quang theo phân loại của G.Bevez (1973) (Hình 6):

- Nhóm hạch cạnh khí quản phải (nhóm I)
- Nhóm hạch cạnh khí quản trái (nhóm II)
- Nhóm hạch quanh phế quản gốc phải (nhóm III)
- Nhóm hạch quanh phế quản gốc trái (nhóm IV)
- Nhóm hạch giữa phế quản gốc (nhóm V).



Hình 6. Các nhóm hạch trung thất.

Viêm hạch trung thất là hình ảnh hay gặp nhất ở lao sơ nhiễm (50 - 90%)

Nếu nhiều hạch cùng bị viêm thì trên phim X quang có thể thấy hình đa vòng. Các nhóm hạch bên phải thường dễ thấy trên phim chụp thẳng hơn các nhóm hạch bên trái (do vị trí các hạch bên trái dễ bị tim che lấp). Tuy nhiên cần phải chụp nghiêng, chéch hoặc cắt lớp mới xác định rõ vị trí hạch bị viêm. Riêng nhóm hạch V khi bị viêm sẽ đẩy góc giữa hai phế quản gốc thành góc tù (bình thường là góc nhọn). Do đặc điểm cấu trúc và dẫn lưu hệ bạch hạch ở phổi mà nhiều tác giả thấy các hạch trung thất bên phải (nhóm I, III) bị tổn thương nhiều hơn so với các hạch bên trái.

Song hạch trung thất to ở trẻ em không chỉ là căn nguyên do lao mà có thể còn do các nguyên nhân khác như viêm phổi - phế quản, sarcoidose, bệnh của

cơ quan tạo máu. Một điều rất quan trọng là một hình mờ như thế nào trên X quang (phim thẳng, nghiêng) thì có giá trị trong chẩn đoán hạch do lao sơ nhiễm.

Qua nghiên cứu 63 trường hợp lao sơ nhiễm điều trị tại Viện lao - Bệnh phổi, Trần Văn Sáng và Phạm Quang Tuệ đã đưa ra những nhận xét sau đây: Tổn thương nhóm hạch I gặp nhiều nhất (43,8%), sau đến nhóm III (35,6%), nhóm II (13,7%), nhóm IV (6,8%), nhóm V không thấy rõ trên phim chụp thẳng (phải cần chụp thêm phim nghiêng). Các nhóm hạch bên phải chiếm 79,4%. Nghĩa là cứ 5 trẻ bị lao sơ nhiễm thì có tới 4 cháu bị viêm các nhóm hạch bên phải. Hình ảnh X quang của lao sơ nhiễm hay gặp là hình mờ một vòng cung (53,7%), hình 2 vòng cung là 16,7% và điều đáng chú ý là gần 1/3 trường hợp giới hạn hình mờ là hình thẳng (hình ống khói) do hạch to đã đẩy tĩnh mạch chủ trên lệch đường đi của nó.

Nếu so với cách tính điểm của Boris V.M (1990) thì cũng thấy hình giới hạn một vòng cung là có giá trị nhất trong chẩn đoán lao sơ nhiễm.

**Bảng cho điểm về căn nguyên hạch
trung thất và biểu hiện trên X quang
(Boris V.M; 1990)**

Hình ảnh X quang	Lao hạch	Sarcoidose	Hạch to do viêm phổi - phế quản	Bệnh của cơ quan tạo máu
1. Rối loạn cấu trúc phế quản	1,04	1,27	0,69	0,85
2. Giới hạn 1 cung	1,33	0,22	0,31	0,97
3. Giới hạn nhiều cung	0,80	2,13	0	0,68
4. Không thấy hình của phế quản thùy dưới	1,17	1,55	0,22	0,39

Vấn đề đặt ra là cần nghiên cứu thêm hình ảnh rối loạn cấu trúc phế quản và không thấy hình của phế quản thùy dưới để góp phần làm phong phú cho hình ảnh X quang lao sơ nhiễm ở nước ta.

Dựa vào các công trình của Lâytric M.S. (1948) được Klimanskara nêu lại (1972) và ý kiến của Gerbeaux J. (1972), đối chiếu với các bệnh nhân được nghiên cứu, các tác giả đã đề xuất một hình mờ (tương ứng với vị trí các nhóm hạch trung thất) có giá trị trên phim phổi thẳng để chẩn đoán khi:

- Đường kính hình mờ ≥ 1 cm đối với trẻ dưới 1 tuổi.

- Đường kính hình mờ $\geq 1,5$ cm cho trẻ 1 - 5 tuổi.

- Đường kính hình mờ $\geq 2,5$ cm đối với trẻ 6 - 14 tuổi.

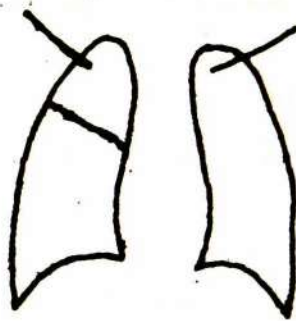
Đây là những đề xuất đầu tiên ở nước ta, cần được tiếp tục nghiên cứu và bổ sung hoàn chỉnh.

5.2.2. Phức hợp sơ nhiễm:

Chỉ chiếm 10 - 20% hình ảnh X quang của lao sơ nhiễm. Tổn thương gồm sãng sơ nhiễm và viêm hạch trung thất được nối với nhau bằng một đường mờ nhạt (đường bạch huyết bị viêm). Sãng sơ nhiễm rất khó phát hiện trên X quang, hay gặp ở thùy trên hay thùy dưới phổi phải. Trên X quang là một bóng mờ đều hình tròn hay bầu dục, bờ mờ nhạt, bờ chỉ rõ khi sãng đã cũ, vôi hoá. Kích thước bóng mờ nhỏ hơn 1 cm.

5.2.3. Viêm rãnh liên thùy:

Do sãng sơ nhiễm nằm sát rãnh liên thùy, hình mờ nhạt tương ứng với rãnh liên thùy (Hình 7).



Hình 7: Hình viêm rãnh liên thùy phổi phải

Ngày nay người ta đã sử dụng chụp cắt lớp ngang qua lồng ngực bằng máy tính cho phép xác định rõ vị trí, tình trạng tổn thương của lao sơ nhiễm.

5.3. Tìm vi khuẩn lao

Đối với trẻ lớn có thể tìm AFB trong đờm hoặc trong dịch rửa dạ dày, dịch rửa phế quản. Tìm AFB bằng các phương pháp soi kính trực tiếp, thuần nhất hoặc nuôi cấy. Tỷ lệ tìm thấy vi khuẩn lao rất thấp khoảng từ 5 - 15% theo các tác giả nước ngoài. Ở nước ta, tại khoa nhi (VLBP), xét nghiệm đờm tìm thấy vi khuẩn là 7%, còn ở dịch rửa dạ dày là 8%.

5.4. Soi phế quản

Soi phế quản trong lao sơ nhiễm nhằm mục đích rửa hút dịch phế quản tìm vi khuẩn lao, tìm tổn thương lao ở phế quản và xác định vị trí lỗ dò. Soi

phế quản có thể sinh thiết hạch khí phế quản để chẩn đoán mô bệnh học.

5.5. Xét nghiệm máu

Số lượng hồng cầu bình thường hoặc giảm nhẹ, giảm huyết sắc tố. Số lượng bạch cầu bình thường, tỷ lệ bạch cầu lympho tăng, tốc độ máu lắng tăng. Điện di protein cho thấy giảm albumin, tăng α 2-globulin. Một số tác giả cho rằng đo nồng độ glycoprotein huyết tương đánh giá được mức độ tiến triển của bệnh hơn là tốc độ lắng máu. Các xét nghiệm miễn dịch cho thấy nồng độ IgA tăng, số lượng tế bào lympho T giảm, đáp ứng miễn dịch tế bào giảm.

6. CÁC THỂ LÂM SÀNG

6.1. Thể bệnh theo tuổi

Cần chú ý 2 thể bệnh sau:

- *Lao sơ nhiễm ở trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ*: Bệnh thường nặng, hầu như đều có triệu chứng nhưng dễ bỏ qua hoặc nhầm với các bệnh khác. Các biến chứng xảy ra rất sớm có khi bệnh nhi vào viện do các triệu chứng rầm rộ của lao kê, phế quản phế viêm lao hay lao màng não. Một điều cần chú ý là trẻ có suy dinh dưỡng thì các triệu chứng của bệnh lao lại không rõ ràng khó chẩn đoán.

- *Lao sơ nhiễm ở tuổi dậy thì*: Gặp với tỷ lệ ngày càng tăng ở một số nước. Các triệu chứng lâm sàng và X quang rõ rệt. Bệnh có thể tiến triển nhanh đến lao phổi cấp tính hoặc mạn tính.

6.2. Thể bệnh lao theo triệu chứng lâm sàng

- *Thể thương hàn (Typho Bacillose)*: Bệnh nhân sốt li bì, có thể có lách to, không có biểu hiện phân ly giữa mạch và nhiệt độ, lưỡi sạch. Thể bệnh này trước đây hay gặp, nhưng ngày nay ít gặp, trong điều trị cần phối hợp thuốc chống lao với corticoid kết quả tốt hơn.

- *Thể ban đỏ nút*: Sau khi sốt khoảng một tuần, xuất hiện các nốt ban ở mặt trước cẳng chân và khớp gối đường kính 1 - 3 cm, màu đỏ hồng, ấn đau. Bệnh diễn biến từng đợt cách nhau 3 - 4 ngày, các nốt chuyển dần sang màu tím, màu vàng rồi biến mất. Người ta cho rằng đây cũng là một biểu hiện dị ứng khi có mặt vi khuẩn lao trong cơ thể. Khi dùng corticoid phối hợp với thuốc chống lao các ban đỏ sẽ mất đi nhanh chóng.

- *Thể viêm kết mạc phỏng nước*: Bệnh nhân sợ ánh sáng, khám mắt thấy có những bọt nước nhỏ bằng đầu đinh gim ở kết mạc và giác mạc.

- *Lao sơ nhiễm ở ruột*: Bệnh nhân bị rối loạn tiêu hoá, ỉa chảy hoặc ỉa phân sống kéo dài, nôn. Khi khám có thể thấy các u nhỏ do viêm hạch mạc treo ruột.

7. CHẨN ĐOÁN

7.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các yếu tố sau:

- *Triệu chứng lâm sàng*: Hội chứng nhiễm khuẩn, nhiễm độc mạn tính và các dấu hiệu lâm sàng khác gợi ý hướng tới chẩn đoán.

- *Phản ứng Mantoux*: Có giá trị nhất khi phát hiện được hiện tượng chuyển phản ứng hoặc phản ứng dương tính ở mức độ mạnh.

- *Tìm thấy vi khuẩn lao* trong đờm, dịch rửa dạ dày, phết quần.

- X quang phổi có hình ảnh viêm hạch trung thất, hoặc viêm rãnh liên thùy, phức hợp sơ nhiễm.

- Có nguồn lây trong gia đình hoặc những người xung quanh.

- Trẻ chưa được tiêm phòng vaccin BCG.

Gần đây người ta nói vai trò của các xét nghiệm miễn dịch tìm kháng nguyên của vi khuẩn lao trong cơ thể cũng có một ý nghĩa nhất định trong chẩn đoán lao sơ nhiễm (phản ứng ELISA), tuy nhiên chưa thể áp dụng một cách rộng rãi ở nước ta.

7.2. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt lao sơ nhiễm với một số bệnh cảnh sau đây:

- Viêm phổi, viêm hạch trung thất do các vi khuẩn ngoài lao: Bệnh nhân biểu hiện triệu chứng lâm sàng rầm rộ: sốt cao, ho, khó thở, đau ngực. Tổn thương ở phổi và ở hạch thay đổi nhanh khi điều trị bằng các kháng sinh thông thường.

- Tuyến ức phì đại hay u tuyến ức: Bóng mờ ở vùng trung thất trên có bờ rõ, chia múi. Nếu thủy phẩu tuyến ức phì đại thì có bóng mờ hình tam giác, đáy bám vào trung thất. Bệnh nhân thường kèm theo nhược cơ.

- Ban nút đỏ do liên cầu: Bệnh nhân sốt cao, viêm Amidan, viêm mũi họng, xét nghiệm máu có kháng thể chống liên cầu.

- Trần dịch khu trú ở trung thất: Cần chụp nghiêng, cắt lớp để phân biệt.

8. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Tiến triển của lao sơ nhiễm phụ thuộc vào việc chẩn đoán sớm hay muộn, lao sơ nhiễm đã có biến chứng hay chưa có biến chứng, trẻ đã được tiêm vaccin BCG hay không.

8.1. Tiến triển tốt

Khi chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời, các triệu chứng lâm sàng giảm dần và hết, các hạch trung thất nhỏ lại, sảng sơ nhiễm mất dần sau 2 - 3 tháng điều trị. Sảng sơ nhiễm và hạch cũng có thể để lại.

các nốt vôi hóa. Theo P.Chaulet (1992) thì 50% sãng sơ nhiễm mất hoàn toàn hoặc để lại nốt vôi hoá sau 8 - 18 tháng. V.S.Ivancôva (1988) đã theo dõi 334 trẻ bị lao sơ nhiễm từ 1957 - 1982 thấy di tích nốt vôi ở phổi là 35,7%, hiện tượng lắng calci ở hạch bạch huyết là 39,2%, xoá sạch - 16,1%, các dải sơ nhỏ là 1,2%. Nhưng nhiều trường hợp do chẩn đoán không kịp thời lao sơ nhiễm đã gây các biến chứng.

8.2. Các biến chứng

8.2.1. Biến chứng tại phổi, màng phổi:

- *Xẹp phổi:* Do hạch trung thất to chèn ép vào phế quản hoặc tắc lòng phế quản do hoại tử bã đậu và các chất tiết của phế quản. Xẹp phổi có thể ở các phân thùy hoặc cả thùy phổi, hay gặp là xẹp ở thùy trên của phổi. Bệnh nhân khó thở có thể kèm theo tím tái. Trên phim chụp phổi thấy đám mờ thuần nhất tương ứng với vùng phổi bị xẹp. Xẹp phổi có thể hồi phục, nhưng khi tồn tại lâu có thể gây giãn phế quản.

- *Lao kê ở phổi:* Vi khuẩn lan theo đường máu, bạch huyết tới các mao mạch phổi gây tổn thương lan tràn. Bệnh rất nặng, tổn thương là những nốt mờ nhỏ đồng đều ở hai phổi. Bệnh nhi ở trong tình trạng nhiễm khuẩn, nhiễm độc nặng, không ít trường hợp vi khuẩn lan tràn đến các bộ phận khác gây lao ở nhiều bộ phận trong cơ thể.

- *Phế quản, phế viêm lao*: Từ tổn thương sơ nhiễm vi khuẩn lan theo đường phế quản gây tổn thương ở phế quản và nhu mô phổi. Bệnh nhân ho nhiều đờm, phổi có nhiều ran ẩm, ran nổ. Trên phim có nhiều nốt mờ, kích thước và độ cản quang khác nhau.

- *Lao hang sơ nhiễm*:

Lao hang sơ nhiễm ít gặp, do chất hoại tử bã đậu của sãng sơ nhiễm đã được dẫn lưu ra ngoài bằng phế quản thông. Trẻ ho nhiều, khạc đờm, trong đờm có trực khuẩn lao. Khám phổi có thể thấy rải rác có ran ẩm nhỏ hạt ở một vùng của phổi, có tiếng thổi hang. Trên phim chụp phổi có hình tròn sáng, bờ khép kín.

- *Dò hạch phế quản*:

Tổ chức hoại tử bã đậu ở hạch trung thất được đẩy vào lòng phế quản qua lỗ thông giữa phế quản và hạch. Biến chứng này thường xảy ra trung bình 3 - 4 tháng từ khi bị bệnh. Bệnh nhân ho nhiều, khó thở và tím tái: khi các đám hoại tử bã đậu gây tắc một số phế quản, có thể có hình xếp phổi trên X quang. Khi soi phế quản thấy được lỗ dò từ hạch vào phế quản.

Ngoài các biến chứng trên, lao sơ nhiễm có thể gây giãn phế quản khí thũng ở phổi.

- *Lao màng phổi*:

Từ tổn thương sơ nhiễm vi khuẩn có thể lan tới màng phổi bằng đường máu, bạch huyết hay bằng đường tiếp cận gây lao màng phổi, lao màng phổi ở trẻ em hay gặp là tràn dịch màng phổi tơ huyết.

8.2.2. *Tổn thương lao các cơ quan ngoài phổi:*

- *Lao màng não:* Lao màng não là biến chứng nặng và xảy ra sớm của lao sơ nhiễm. Trẻ càng nhỏ biến chứng này càng hay gặp, không ít trường hợp những dấu hiệu màng não là lý do để bệnh nhi vào viện. Tổn thương màng não hay kèm theo cả tổn thương ở não. Tiên lượng rất nặng, tỷ lệ tử vong cao, nếu khỏi hay để lại các di chứng tâm thần và thần kinh.

- *Lao xương khớp:* Đây cũng là một biến chứng của lao sơ nhiễm cần lưu ý và phát hiện sớm, biến chứng này có thể xảy ra cả ở trẻ nhỏ.

- *Lao hạch:* Vị trí lao hạch có thể là hạch ngoại biên hoặc hạch mạc treo, các nhóm hạch cổ hay bị tổn thương nhất.

Các tổn thương lao ngoài phổi khác như lao màng bụng, lao ruột, lao tiết niệu sinh dục... ít gặp hơn ở trẻ em dưới 5 tuổi.

- *Lao nhiều bộ phận:* Thường gặp là tổn thương lao kê lan theo đường máu và bạch huyết gây lao nhiều cơ quan trong cơ thể: Gan, lách, màng não,

não, hạch, thận... Đây là thể lao rất nặng, tỷ lệ tử vong cao nhất là ở trẻ nhỏ.

9. ĐIỀU TRỊ

Ở nước ta chưa có điều kiện điều trị cho tất cả các trường hợp nhiễm lao, chúng ta chỉ điều trị cho những trường hợp lao sơ nhiễm có triệu chứng lâm sàng, có tổn thương trên X quang. Điều trị lao sơ nhiễm cũng phải theo nguyên tắc chung của điều trị bệnh lao. Tuy nhiên có một số điều cần chú ý.

- Người ta khuyên không nên dùng ethambutol cho trẻ nhỏ (dưới 3 tuổi) còn streptomycin cũng chỉ nên dùng hạn chế với thời gian như sau:

1-3 tuổi: dùng thời gian 1 tháng

4-7 tuổi: dùng thời gian 1,5 tháng

8-14 tuổi: dùng thời gian 2 tháng.

Không nên dùng streptomycin cho trẻ dưới 1 tuổi.

Các công thức điều trị: Ngoài các công thức cổ điển, hiện nay người ta có xu hướng sử dụng các công thức điều trị lao ngắn hạn trong điều trị lao ở trẻ em. Khoa nhi Viện lao - Bệnh phổi đang áp dụng công thức sau để chữa lao sơ nhiễm; 2RHZ/4RH.

- *Có thể dùng corticoid phối hợp điều trị cho những trường hợp:* lao kê, lao màng não, hạch trung thất quá lớn... có tác giả cho rằng nếu biết được lao

sơ nhiễm do lây từ một nguồn lây có vi khuẩn kháng thuốc thì không nên dùng corticoid.

- *Sử dụng chất kích thích miễn dịch* như Thimalin (chất tác dụng của tuyến ức) hoặc các lympho T đã được hoạt hoá trong điều trị lao ở trẻ em sẽ làm tăng cường đáp ứng miễn dịch tế bào và nâng cao kết quả điều trị.

- *Theo dõi điều trị*: Đánh giá hiệu quả điều trị cần phải theo dõi về lâm sàng, X quang, vi khuẩn. Ở trẻ em vì tỷ lệ tìm thấy vi khuẩn lao ít nên việc theo dõi lâm sàng và X quang đóng vai trò quan trọng. Khi lao sơ nhiễm đã có biến chứng, cần theo dõi diễn biến tại nơi có tổn thương (nước não tuỷ đối với lao màng não, X quang xương khớp với lao xương khớp...). Ngoài việc theo dõi diễn biến của bệnh, cần theo dõi tác dụng ngoại ý của thuốc chống lao.

10. PHÒNG BỆNH

Tiêm vaccin BCG cho trẻ sơ sinh và trẻ dưới 1 tuổi được coi là biện pháp hữu hiệu phòng bệnh lao sơ nhiễm ở trẻ em. ở nước ta hiện nay tiêm phòng vaccin BCG nằm trong Chương trình tiêm chủng mở rộng phòng 6 bệnh nhiễm khuẩn ở trẻ em. Bên cạnh việc tiêm phòng lao bằng vaccin BCG công tác phát hiện và điều trị nguồn lây cũng là khâu quan trọng để phòng bệnh lao ở trẻ em. Ngoài ra để tránh các biến chứng nặng của lao sơ nhiễm, cần phải phát hiện, chẩn đoán, điều trị sớm lao sơ nhiễm.

Một số điểm cần nhớ đối với lao sơ nhiễm

- Lao sơ nhiễm là thể lao đầu tiên khi vi khuẩn xâm nhập vào cơ thể trẻ em. Biểu hiện lâm sàng có thể rõ rệt, nhưng đa số là không điển hình, vì vậy khó chẩn đoán dễ bị bỏ sót.

- Trẻ càng nhỏ, các biến chứng của lao sơ nhiễm càng dễ xảy ra đặc biệt là lao kê và lao màng não... làm cho bệnh lao càng nặng, có thể tử vong.

- Chẩn đoán lao sơ nhiễm: Khi không tìm thấy vi khuẩn lao hoặc tổn thương giải phẫu bệnh, cần vận dụng các yếu tố sau đây:

- Triệu chứng lâm sàng: Tình trạng nhiễm khuẩn, nhiễm độc kéo dài từ 2 tuần trở lên.
 - Phản ứng Tuberculin dương tính (đặc biệt là dương tính mạnh).
 - X quang phổi: Có hình ảnh viêm các nhóm hạch trung thất, ít gặp là hình phức hợp sơ nhiễm hoặc viêm rãnh liên thùy, có thể kèm theo hình xẹp thùy, phân thùy phổi.
 - Trẻ có tiếp xúc với nguồn lây.
 - Chưa được tiêm vaccin BCG.
- Điều trị lao sơ nhiễm:
- Lao sơ nhiễm chưa có biến chứng: Phác đồ 2RHZ/4RH.

- Lao sơ nhiễm có biến chứng: Tùy từng thể bệnh mà áp dụng các phác đồ thích hợp (xin xem phần sau).
- *Phòng bệnh:*
 - Giải quyết nguồn lây lao, tiêm vaccin BCG cho trẻ em.
 - Phát hiện sớm và điều trị đúng bệnh lao sơ nhiễm trẻ em.

LAO KÊ

1. ĐẠI CƯƠNG

Lao kê là thể lao cấp tính với đặc điểm tổn thương là những hạt lao nhỏ như hạt kê, rải rác khắp hai phổi và có thể lan tràn đến các bộ phận khác trong cơ thể. Ở trẻ em, nhất là trẻ nhỏ lao kê có thể xảy ra trong những tuần đầu của lao sơ nhiễm, thậm chí trước khi phản ứng da với Tuberculin dương tính. Vi khuẩn lao thường lan tràn theo đường máu từ một ổ tổn thương ở nhu mô phổi hoặc hạch trung thất. Tại Viện lao và bệnh phổi lao kê còn chiếm 2 - 3% số bệnh nhân nằm điều trị tại viện. Lao kê hay gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, trẻ có tiếp xúc với nguồn lây và chưa được tiêm phòng vaccin BCG. Bệnh sẽ rất nặng nếu xảy ra ở trẻ suy dinh dưỡng, còi xương, đặc biệt là trẻ dưới 1 tuổi.

Hiện nay, khi hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) đang lan tràn khắp hành tinh, người ta nhận thấy lao kê cũng hay gặp ở bệnh nhi nhiễm HIV/AIDS.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

2.1. Thời kỳ khởi phát

- Bệnh bắt đầu cấp tính: Bệnh nhân sốt cao đột ngột 39° - $39^{\circ}5$, kèm theo có khó thở, tím tái, ho

khan, mạch nhanh, toàn trạng li bì có thể có khàn tiếng.

- Bệnh bắt đầu bán cấp: Sốt nhẹ về chiều và tối, ra mồ hôi về ban đêm, mệt mỏi, khó thở khi gắng sức, ăn uống kém.

- Một số bệnh nhân không có triệu chứng gì rõ rệt, phát hiện được lao kê ở phổi do tình cờ chụp phim phổi hay vì phát hiện được bệnh lao ở các cơ quan khác ngoài phổi sau đó chụp phổi phát hiện được tổn thương kê.

Ở trẻ em bệnh thường khởi đầu cấp tính (92%), chỉ những trẻ suy dinh dưỡng mới ít triệu chứng hoặc các triệu chứng nghèo nàn.

2.2. Thời kỳ toàn phát

Có hai bệnh cảnh khác nhau:

- Đối với những bệnh nhi khởi bệnh cấp tính hoặc bán cấp: Bệnh nhân tiếp tục sốt cao, li bì, khó thở, tím tái quanh môi và các đầu chi, có thể buồn nôn, rối loạn tiêu hoá (trẻ em hay gặp ỉa chảy). Triệu chứng giống bệnh thương hàn, nhưng bụng không chướng và lách không to.

Những bệnh nhi suy dinh dưỡng, cơ thể suy kiệt, trẻ cũng có thể không sốt nhưng tình trạng nhiễm độc nặng: li bì, bỏ ăn, quấy khóc, thở khò khè, tím tái quanh môi và các đầu chi, ỉa chảy...

Khám phổi đối với bệnh nhân lao kê thường không phát hiện được dấu hiệu gì đặc biệt ngoài tiếng thở thô. Khi nghe được các tiếng ran (ẩm, nổ) là lao kê đã có bội nhiễm hoặc tổn thương đã lan vào các phế nang gây xuất tiết. Cần thăm khám một cách hệ thống để phát hiện tổn thương ở các cơ quan khác như thanh quản, màng não, xương khớp...

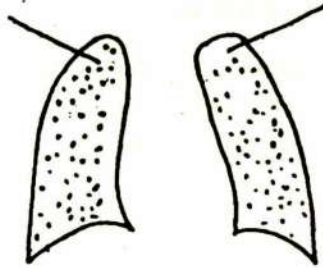
Có thể nói về bệnh cảnh lâm sàng của lao kê là sự mâu thuẫn giữa triệu chứng toàn thân, cơ năng (biểu hiện một cách rầm rộ, đối với thể lao kê điển hình) và những dấu hiệu thực thể (nghèo nàn) khi thăm khám phổi.

3. CẬN LÂM SÀNG

3.1. Hình ảnh X quang phổi

- Chiếu phổi sẽ không thấy được các hạt lao kê.
- Chụp phim phổi thẳng: Cần phải đảm bảo kỹ thuật (khi chụp cắt lớp hoặc chụp cao tần sẽ không thấy được tổn thương).

Trên phim chụp thẳng thấy các hạt tổn thương nhỏ giống hạt kê nằm rải rác khắp hai phế trường (đồng đều về kích thước, mật độ và độ cản quang). Ngoài ra còn có thể thấy các tổn thương như có hạch trung thất, phức hợp sơ nhiễm, viêm rãnh liên thùy.



Hình 8: Hình ảnh lao kê phổi

3.2. Tìm vi khuẩn lao

Ở trẻ em thường tìm AFB trong dịch rửa dạ dày, tỷ lệ tìm thấy vi khuẩn thấp (10 - 15%).

3.3. Phản ứng da với Tuberculin

Phản ứng hay dùng là phản ứng Mantoux. Trong lao kê phản ứng Mantoux có thể âm tính từ 25 đến 50%.

3.4. Xét nghiệm máu

Không đặc hiệu, số lượng hồng cầu bình thường hoặc giảm nhẹ. Số lượng bạch cầu tăng, trong đó tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng. Tốc độ máu lắng cao.

4. NHỮNG THĂM KHÁM VÀ XÉT NGHIỆM TÌM TỔN THƯƠNG LAO Ở CÁC CƠ QUAN KHÁC TRONG CƠ THỂ

Vì lao kê lan theo đường máu cho nên trước một đứa trẻ có lao kê ở phổi, cần phải thăm khám các cơ quan khác có bị lao hay không.

4.1. Chọc dò dịch não tủy

Người ta cho rằng đây là thủ thuật bắt buộc đối với bệnh nhân lao kê vì 50% bệnh nhân lao kê có những thay đổi về các thành phần sinh hoá, tế bào trong dịch não tủy.

4.2. Soi đáy mắt

Có thể thấy hạt lao (hạt Bouchut).

4.3. Soi thanh quản

Những bệnh nhân lao kê có biểu hiện khàn tiếng hoặc mất tiếng thì soi thanh quản là thủ thuật bắt buộc.

Khi soi thanh quản có thể thấy các hạt lao ở dây thanh âm, cần làm sinh thiết để chẩn đoán tế bào học. Tuy nhiên với trẻ em, kỹ thuật này khó thực hiện nhất là trẻ nhỏ.

4.4. Tìm AFB trong nước tiểu

Nên dùng phương pháp thuần nhất để tập trung vi khuẩn lao, dễ cho kết quả dương tính.

4.5. Chọc dò, sinh thiết hạch ngoại biên

Nếu có hạch to để làm hạch đồ chẩn đoán tế bào học và mô bệnh học.

4.6. Cấy máu tìm vi khuẩn lao

Những trẻ lao kê kèm HIV/AIDS thì người ta có thể thấy vi khuẩn lao mọc. Điều này không có đối với lao kê không kèm nhiễm HIV/AIDS.

4.7. Trước đây người ta còn nói tới tìm vi khuẩn lao trong tủy xương qua chọc dò tủy xương ức, gan, lách đồng thời với chẩn đoán mô bệnh học. Hiện nay các kỹ thuật này ít dùng vì tính chất phức tạp, có những tai biến và gây đau cho trẻ.

5. THỂ LÂM SÀNG

5.1. Theo tuổi

- Trẻ sơ sinh và trẻ dưới 1 tuổi: Bệnh rất nặng, thường kèm theo tổn thương lao ở nhiều bộ phận trong cơ thể (hay gặp là lao màng não) dễ tử vong.

- Trẻ ở tuổi dậy thì: Bệnh cảnh rất rầm rộ, sốt cao.

5.2. Dựa vào kích thước của hạt lao trên X quang

- Lao kê thể hạt: Đường kính của hạt lao dưới 3mm

- Lao kê thể nốt: Đường kính hạt lao từ 3mm trở lên.

5.3. Dựa vào triệu chứng lâm sàng:

- Thể khó thở: Bệnh nhân khó thở dữ dội, kèm tím tái.

- Thể sốt cao: Triệu chứng sốt cao, ly bì nổi bật.

- Thể ít triệu chứng (nghèo nàn): gặp ở trẻ em suy dinh dưỡng, còi xương, nhiễm HIV/AIDS kèm theo. Nếu người ta gọi bệnh lao kèm nhiễm HIV/AIDS là

con quỹ 2 đầu làm cho bệnh lao nặng hơn, thì ở trẻ em lao kê có suy dinh dưỡng, nhiễm HIV/AIDS là con quỹ 3 đầu làm cho bệnh nhi có nguy cơ tử vong rất cao.

6. CHẨN ĐOÁN

6.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các yếu tố sau đây:

- Bệnh cảnh lâm sàng: Các triệu chứng lâm sàng đã mô tả. Nếu có tổn thương lao ở các cơ quan khác thì càng có ý nghĩa hướng cho chẩn đoán.

- Hình ảnh X quang phổi: Với đặc điểm tổn thương 3 đều (vị trí, kích thước và độ cản quang) kèm theo tổn thương sơ nhiễm.

- Tìm thấy vi khuẩn lao trong đờm, dịch rửa dạ dày.

- Có tiếp xúc với nguồn lây, chưa được tiêm phòng vaccin BCG.

- Phản ứng Mantoux dương tính, cần lưu ý trong lao kê phản ứng này cũng có thể âm tính.

6.2. Chẩn đoán phân biệt

Hình ảnh kê, nốt ở phổi là một chương bệnh lý rất phức tạp của bệnh học phổi, có tới hàng trăm nguyên nhân. Ngoài bệnh lao có thể xếp thành 5 nhóm nguyên nhân khác:

- Bệnh bụi phổi và bụi phổi - lao
- Sarcoidose
- Những bệnh ác tính
- Bệnh phổi do tích tụ (Hemosiderose; Bệnh lắng đọng Protein; bệnh tổ chức bào X).
- Nhóm bệnh viêm phế nang.

Ở nước ta đối với trẻ em nên nghĩ đến tổn thương lao trước tiên, song cũng cần chú ý đến một số bệnh phổi do tích tụ, mà chúng ta chưa có điều kiện xác chẩn.

7. TIẾN TRIỂN

7.1. Tiến triển tốt

Khi bệnh được chẩn đoán sớm, điều trị đúng đắn.

- Bệnh nhân hết triệu chứng lâm sàng.
- Trên X quang: Các hạt tổn thương được xoá hết.

7.2. Tiến triển xấu

Do chẩn đoán muộn, điều trị không đúng.

- *Tại phổi*: các hạt lao liên kết với nhau thành đám có thể hoại tử tạo thành các hang lao.
- *Ngoài phổi*: Vi khuẩn lan tràn theo đường máu đến các cơ quan khác gây lao nhiều bộ phận như lao màng phổi, màng não, xương khớp, màng bụng, hệ sinh dục - tiết niệu... Trẻ càng nhỏ nguy cơ xảy ra

các tổn thương lao ngoài phổi càng lớn và nguy cơ tử vong cao.

8. ĐIỀU TRỊ

– *Điều trị theo đúng các nguyên tắc điều trị bệnh lao:* Cần tập trung thuốc lao điều trị tích cực trong giai đoạn điều trị tấn công.

– *Tại khoa nhi (Viện lao - Bệnh phổi)* đối với lao kê kèm lao màng não được sử dụng công thức 2RHSZ/6RH.

– *Trong điều trị cần phổi hợp:* Thuốc chống lao với corticoid.

– *Điều trị triệu chứng:* Cần đặt ra nhất là với trẻ nhỏ.

. Khi khó thở: Cần làm thông đường khí đạo bằng các thuốc giãn phế quản (theophylin, Solmux Broncho), cho thở oxy ngắt quãng.

. Khi sốt cao: Cần chườm lạnh, thuốc hạ sốt.

. Chống trụy tim mạch: Các thuốc trợ tim, chống suy tim.

– *Theo dõi điều trị:*

. Theo dõi diễn biến của bệnh: Dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng.

. Theo dõi tác dụng ngoại ý của thuốc chống lao.

- Kết quả điều trị: Trước khi có thuốc chống lao ra đời tỷ lệ tử vong cao (hầu như 100%). Hiện nay có thể chữa khỏi 70 - 80%.

9. PHÒNG BỆNH

- Vấn đề cơ bản là tiêm phòng lao cho trẻ sơ sinh và trẻ dưới 1 tuổi cùng với việc giải quyết tốt nguồn lây.

- Phát hiện sớm và điều trị tốt bệnh lao sơ nhiễm ở trẻ em.

Những điểm cần nhớ đối với lao kê trẻ em

- Lao kê là thể lao cấp tính với đặc điểm tổn thương ở phổi là các hạt nhỏ như hạt kê: đồng đều về kích thước, về mật độ phân bố trên phế trường và đậm độ cản quang.

- Ở trẻ nhỏ lao kê có thể xảy ra rất sớm, trong những tuần đầu của lao sơ nhiễm, thậm chí trước khi phản ứng da với Tuberculin dương tính, ngoài tổn thương ở phổi còn có nhiều cơ quan khác cũng bị lao.

- Đặc điểm lâm sàng của bệnh lao kê là có sự mâu thuẫn giữa triệu chứng toàn thân, cơ năng (rầm rộ) với sự nghèo nàn của các dấu hiệu thực thể. ở trẻ suy dinh dưỡng, còi xương, nhiễm HIV/AIDS triệu chứng càng nghèo nàn, khó chẩn đoán.

- Khi có tổn thương lao kê ở phổi, cần phải có những thăm khám và xét nghiệm bổ sung để tìm sự lan tràn của vi khuẩn lao đến các bộ phận khác trong cơ thể (soi đáy mắt, xét nghiệm dịch não tủy, nước tiểu...).

- Điều trị lao kê phải tích cực: Phối hợp thuốc lao với corticoid và điều trị triệu chứng, để nhanh chóng đưa bệnh nhi ra khỏi tình trạng nặng có thể đe dọa đến tính mạng trẻ.

- Biện pháp phòng lao kê trẻ em là giải quyết nguồn lây lao và tiêm phòng vaccin BCG cho trẻ sơ sinh và trẻ dưới 1 tuổi.

LAO MÀNG NÃO

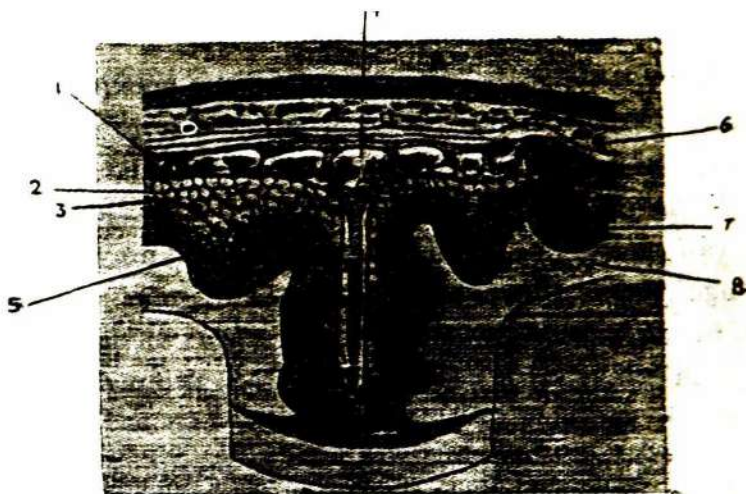
1. NHẮC LẠI CẤU TRÚC MÀNG NÃO - TUYỂN VÀ SINH LÝ CỦA DỊCH NÃO TUYỂN

Não và tuyển sống của người được bao bọc bởi 3 lớp màng xơ liên kết. Lớp ngoài cùng là màng cứng, lớp giữa là màng nhện, lớp trong cùng là màng mềm.

- *Màng cứng*: Là một lớp sợi dày khoảng 0,5 mm dính vào xương sọ, ở cột sống nó tạo thành lớp phủ bên ngoài các đốt sống và phần sụn giữa các đốt sống. Màng cứng chia làm 2 lá: lá ngoài và lá trong, giữa 2 lá tạo thành các hố trống có nhiều đám rối tĩnh mạch và dịch tổ chức, nhiều tế bào mỡ. Ở hai bên bán cầu đại não và tiểu não, màng cứng xếp chồng lên nhau thành nhiều lớp kép. Giữa các lớp kép đó là hệ thống tĩnh mạch hang (Hình 9).

- *Màng nhện*: có hình mắt lưới, là một lớp xơ liên kết rất mỏng, không có thần kinh và mạch máu đi qua. Màng nhện có nhiều chỗ ăn sâu vào màng cứng và vách những tĩnh mạch hang.

- *Màng mềm*: Rất giàu thần kinh và mạch máu (nên còn gọi là màng mạch) bọc sát não, chui vào các khe của não và làm thành áo bọc những dây thần kinh não ở trong sọ. Lớp màng này cũng dính với màng nhện bằng những xơ liên kết.



Hình 9: Sơ đồ các lớp màng não.

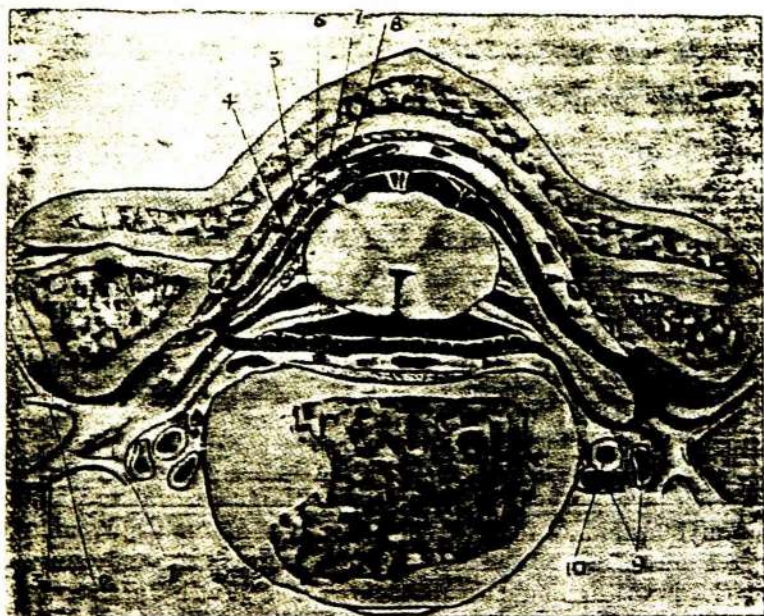
*1- Màng cứng; 2- Màng nhện; 3- Màng mềm;
4- Hố trống dưới màng cứng; 5- Hố trống dưới màng
nhện; 6- Xương sọ; 7- Vỏ não; 8- Chất trắng của não.*

Giữa hai lớp màng mềm và màng nhện là hố trống có dịch não tủy. Về sinh lý học những hố nước não tủy rất quan trọng. Những hố chính là:

- Hố giữa tiểu não và thân não.
- Hố Sylviut nằm ở khe Sylviut.

- Hố ở chỗ giao thoa thị giác.

Đối với cột sống hai lớp màng cứng và màng nhện cũng dính với nhau, ở giữa có dịch não tủy. (Hình 10).



Hình 10: Các lớp màng tủy sống
(Sơ đồ cắt ngang đốt sống cổ thứ tư).

- 1- Nhánh nối của dây thần kinh tủy sống.
- 2- Nhánh trước của dây thần kinh tủy sống.

- 3- Nhánh sau của dây thần kinh tủy sống
- 4- Màng mềm.
- 5- Hố trống dưới màng nhện.
- 6- Màng nhện.
- 7- Hố trống dưới màng cứng.
- 8- Màng cứng.
- 9- Tĩnh mạch đốt sống.
- 10- Động mạch đốt sống.

Dịch não tủy là do sự thẩm thấu từ hệ thống mao mạch phong phú. Về sinh lý, dịch não tủy làm nhiệm vụ bảo vệ não và tủy sống, tham gia điều hoà tuần hoàn máu đến não, điều chỉnh áp lực trong sọ, điều hoà sự thẩm thấu sự chuyển hoá chất của não. Sự lưu thông của dịch não tủy như sau: Từ não thất ở hai bán cầu đại não, dịch não tủy chảy vào não thất III qua lỗ Môn-rô, từ đó đi theo ống Sylvius xuống não thất IV. Ở não thất IV dịch não tủy theo lỗ Majendi chảy vào hố giữa tiểu não và thân não. Đến đây, một phần dịch não tủy chảy vào các hố ở đáy não, một phần chảy xuống ống tủy và một phần theo dây thần kinh sọ não chảy ra khỏi não vào hệ tân dịch. Dịch não tủy thẩm qua màng nhện trở lại hệ tĩnh mạch. **Số lượng dịch não tủy có thể lấy ra ngoài được trung bình từ 100 đến 250 ml ở người lớn và từ 50 đến 120 ml ở trẻ em.** Số lượng dịch não tủy sinh ra trong 24 giờ khoảng 600 ml nghĩa là gấp 4 đến 7 lần lượng dịch có thể lấy ra ngoài.

2. LỊCH SỬ NGHIÊN CỨU

Lao màng não đã được biết từ rất lâu. Bệnh đã được người thầy tổ của y học Hypocrat (460 - 377 trước Công nguyên) mô tả các triệu chứng lâm sàng của bệnh tử mủ với tên gọi "phrenitis" (chữ Hy Lạp nghĩa là viêm não). Nhưng những nghiên cứu tương đối đầy đủ bệnh lao màng não cũng chỉ từ thế kỷ XVIII trở đi.

Năm 1766, Mocgani lần đầu tiên qua khám nghiệm tử thi ở một trẻ em 13 tuổi chết sau một thời gian bị nôn, mê man, co giật, thấy ngoài hang lao ở phổi trái, còn có nhiều nốt màu xám ở đáy não. Ông đã cho rằng tổn thương ở phổi và màng não đều do lao gây nên. Nhưng nhận xét của ông lúc đó hầu như không được công nhận. Mãi tới năm 1829, Charpentier tìm thấy những củ lao (Tuberculin) ở não giống với những củ lao ở các cơ quan khác trong cơ thể. Năm 1837, Schveininger đã khẳng định bệnh lao màng não là viêm lớp màng mềm.

Rokitanski (1844) lần đầu tiên đã nhận định lao màng não là một thể lao thứ phát. Ông cũng chia lao màng não ra làm 2 thể: lao màng não có dịch thủng và lao màng mềm. Luanville và CS (1869) đã nêu lên bệnh cảnh của lao màng não xảy ra đồng thời với lao cột sống.

Năm 1882, khi R.Koch phát minh ra vi khuẩn lao đã chứng minh một cách khoa học cho những nhận xét của các công trình trước đó. Năm 1888, lần đầu tiên y học đã tìm thấy vi khuẩn lao trong dịch não tủy của một bệnh nhân chết vì bệnh lao. Kvinke (1890) đã đề nghị lấy dịch não tủy ở ống tủy sống để xét nghiệm tìm vi khuẩn lao. Phương pháp này vẫn được dùng đến ngày nay. Ngày 30 tháng 10 năm 1893 được coi là một ngày đáng ghi nhớ, một mốc quan trọng trong nghiên cứu bệnh lao màng não vì tại hội nghị ở Kenigsberg nhà y học Lichtgeim đã báo cáo kết quả tìm thấy vi khuẩn lao trong nước não tủy những bệnh nhân lao màng não.

Thế kỷ XX, y học đã có nhiều công trình nghiên cứu về lâm sàng, chẩn đoán và điều trị lao màng não. Nhưng lao màng não vẫn là một bệnh nặng đối với trẻ em, là căn bệnh cướp đi sinh mạng trẻ em nhiều nhất trong các thể lao trẻ em.

3. SINH BỆNH HỌC

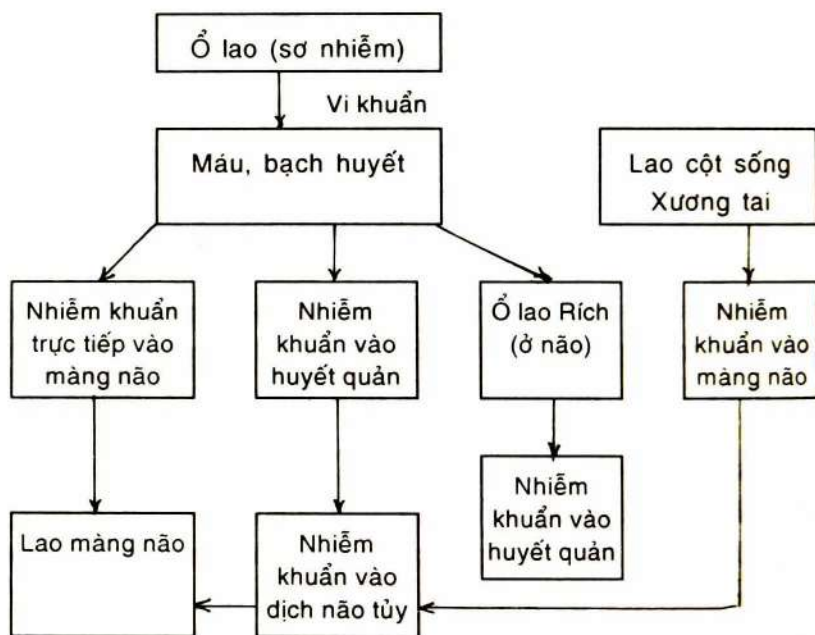
Bệnh lao màng não ở trẻ em liên quan đến nguồn lây (từ bệnh lao ở người lớn). Mối liên quan đó được thể hiện trong bảng trang 89:

A. Các nước bệnh lao còn cao (đánh giá bằng chỉ số nguy cơ nhiễm lao hàng năm - R)	Số lao mới hàng năm trên 100.000 dân		Tỷ lệ % dân số nhiễm lao	
	Lao màng não (0 - 4 tuổi)	AFB (+)	15 tuổi	30 tuổi
6	30	360	60	86
3	15	180	36	60
1,5	8	90	20	36
B. Các nước bệnh lao thấp				
0,75	4	45	11	20
0,38	2	22	6	11
0,19	1	12	3	6

Bảng này cho thấy khi nguy cơ nhiễm lao cao ($R=6$) thì có tới 360 trường hợp lao phổi mới hàng năm, có trực khuẩn kháng acid (AFB) trong đờm và lao màng não ở trẻ dưới 4 tuổi là 30 trường hợp. Khi nguy cơ nhiễm lao hàng năm giảm đi một nửa (3) thì số trường hợp lao phổi mới hàng năm (AFB +) cũng giảm đi một nửa (còn 180), lao màng não cũng giảm đi còn 15 trường hợp. Ở các nước bệnh lao thấp mối liên quan cũng tương tự. Ngoài ra lao màng não trẻ em ở lứa tuổi này còn liên quan đến cả tỷ lệ phần trăm dân số nhiễm lao ở 15 và 30 tuổi. Điều đó cho thấy nếu giảm được nguồn lây trong cộng đồng thì bệnh lao màng não ở trẻ em cũng giảm. Đồng thời rõ ràng là nguồn gốc vi khuẩn gây lao màng não ở trẻ em, chủ yếu là bội nhiễm từ bên ngoài vào.

Ở nước ta lao màng não còn chiếm từ 38 đến 40% các thể lao ở trẻ em. Điều đáng chú ý là lứa tuổi 0 đến

4 tuổi chiếm gần một nửa (44%). Lao màng não thường phối hợp với các thể lao khác như lao kê, lao sơ nhiễm, lao các tạng ngoài phổi. Lao màng não có thể xảy ra rất sớm cùng với tổn thương sơ nhiễm ở phổi, hoặc trong bệnh cảnh lao kê, vi khuẩn lan theo đường máu gây lao ở nhiều bộ phận trong đó có màng não. Vì vậy ngày nay lao màng não được coi là một thể lao cấp tính. Nhưng cũng có trường hợp lao màng não là do vi khuẩn tái triển từ tổn thương có từ thời kỳ sơ nhiễm ở não (gọi là ổ lao Rich) hoặc vi khuẩn tới màng não bằng đường tiếp cận mà sơ đồ sau đây có thể minh họa điều đó.



Sinh bệnh học của lao màng não

Qua sơ đồ trên, ta có thể thấy bằng đường máu, vi khuẩn đã gây tổn thương ở hệ thống huyết quản. Điều đó cho thấy lao màng não thường kết hợp với tổn thương ở não (từ 60 - 80%). Khi nghiên cứu về đặc điểm của tổn thương, người ta còn nhận xét rằng khi tổn thương ở mạch máu đã dày và xơ hoá (giai đoạn cuối của quá trình viêm), thì những tổn thương lao ở đáy não vẫn còn đang ở giai đoạn xuất tiết. Điều đó giả thiết rằng, trước khi vi khuẩn gây bệnh ở màng não, chúng đã làm tổn thương các huyết quản trước đó, sau đó đến gây tổn thương ở màng não (màng mềm). Hiện nay người ta cho rằng cơ chế lan truyền này đóng vai trò quan trọng nhất. Những trường hợp vi khuẩn từ ổ lao ở tổ chức não (ổ lao Rich) lan vào màng mềm theo con đường máu chỉ là cá biệt. Con đường tiếp cận từ tổn thương lao cột sống hoặc lao ở xương tai cũng ít gặp.

4. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

Tổn thương lao màng não có những đặc điểm sau đây:

4.1. Với bệnh nhân không được chữa thuốc lao

- Tổn thương tập trung nhiều ở đáy não (thùy trán, nơi tiếp giáp với dây thần kinh thị giác, rãnh Sylvius, thân não, tiểu não...).

- Những hạt lao không đồng nhất theo tiến triển tự nhiên của bệnh từ rãnh Sylviut lan vào màng mạch của màng não.

- Nơi màng não bị viêm tiết dịch nhiều, có màng sợi, đôi khi có mũ bã đậu.

- Các mạch máu ở não bị tổn thương, nhất là động mạch chứa nhiều các tế bào lympho. Lòng các mạch máu bị hẹp lại do thành mạch bị viêm, xơ dày lên, có trường hợp hoại tử thành huyết quản.

- Quá trình viêm từ màng não lan dần vào tổ chức não.

- Thường kèm theo hiện tượng não phù nề.

4.2. Bệnh nhân đã được chữa thuốc lao

- Tổn thương ở đáy não ít hơn, ít dịch ở màng mềm.

- Quá trình viêm nhanh chóng chuyển sang xơ, sẹo hoặc nếu chẩn đoán sớm, chữa đúng đắn màng não hồi phục không để lại dấu vết của bệnh. Những trường hợp có xơ, sẹo, dày màng não, dễ làm giãn các não thất, thủy thũng não, đôi khi làm tụt hạnh nhân, bệnh nhân tử vong đột ngột. Ngoài ra, khi dùng thuốc lao, tổn thương màng não có thể bị khu trú ở một số vị trí giới hạn.

- + Lao màng não chỉ giới hạn ở phía trước đáy não, không xâm nhập tới rãnh Sylviut.

+ Lao màng não ở phía trước đáy não, nhưng lan tới rãnh Sylvius. Trường hợp này động mạch ở hai bán cầu đại não hay bị tắc (do tổn thương viêm dây nội mạc), biểu hiện lâm sàng với rối loạn vận động.

+ Lao màng não giới hạn ở phía sau đáy não: thân não, tiểu não, các tổn thương khu trú trên đây dễ diễn biến thành mạn tính. Tại vùng tổn thương, mạch máu bị viêm dày lên, lòng huyết quản bị hẹp lại, thiếu máu cung cấp cho não, có thể dẫn tới nhũn não.

Hình ảnh vi thể của tổn thương lao màng não là các nang lao. Ở trẻ em tổn thương gặp nhiều là hoại tử bã đậu lan toả, ít gặp các nang lao điển hình.

5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG CỦA LAO MÀNG NÃO

Lao màng não thường trải qua 3 giai đoạn:

5.1. Giai đoạn bắt đầu (trong thời gian 1 tuần lễ)

- Trẻ quấy khóc, ăn kém, mệt mỏi.
- Sốt cao 39°C - 40°C (trẻ suy dinh dưỡng có thể sốt nhẹ).
- Từ ngày thứ 4, 5 trở đi có thể xuất hiện các dấu hiệu của màng não: đau đầu, buồn nôn, nôn, co giật, thóp căng (trẻ nhỏ) rối loạn tâm thần (mê sảng, trờ trệ...).

CHẨN ĐOÁN Ở GIAI ĐOẠN NÀY LÀ CHẨN ĐOÁN SỚM.

5.2. Giai đoạn toàn phát (từ tuần lễ thứ hai trở đi)

Ở giai đoạn này thường trẻ có đủ các triệu chứng:

- Trẻ tiếp tục sốt cao 39°C - 40°C , li bì, rối loạn tâm thần, có thể đi vào hôn mê.
- Tam chứng màng não (ở người lớn là nhức đầu, nôn, táo bón).

Đối với trẻ em nhất là trẻ nhỏ chưa biết nói, trẻ hay có động tác lắc đầu và hay bị ỉa chảy, chứ không phải là táo bón. Nôn với đặc điểm là nôn vọt, không liên quan tới bữa ăn. Trẻ sốt cao, không ăn được, thậm chí ăn vào lại nôn ra hết, khiến cơ thể càng suy kiệt nhanh chóng. Điều đó cho thấy lao màng não có thể coi là: ***Một cấp cứu cần phải nhanh chóng đưa vào bệnh viện điều trị.***

Ngoài ra khi thăm khám có thể phát hiện thêm các dấu hiệu sau:

- Cổ cứng, Kernig (+), thóp phồng.
- Hội chứng tăng trương lực cơ: tăng phản xạ gân xương, đa động.
- Hội chứng bó tháp: Babinski (+), Hoffman (+).
- Rối loạn cảm giác: tăng cảm giác đau.
- Dấu hiệu thần kinh khu trú: Liệt nửa người, liệt các dây thần kinh sọ não (hay gặp là liệt dây III, VI, IV, VII).

- Rối loạn vận mạch: Dấu hiệu vạch màng não dương tính.
- Thị lực giảm.

Cần lưu ý là trẻ em nhất là trẻ nhỏ, do hệ thần kinh phát triển chưa hoàn chỉnh, các phản xạ thường đa động.

5.3. Giai đoạn cuối: Trẻ đi vào hôn mê duỗi cứng và tử vong.

Các tác giả Nga đề nghị nên chia lao màng não thành 3 thể lâm sàng, có ý nghĩa về mặt tiên lượng:

+ Lao màng não ở đáy não: Triệu chứng lâm sàng nổi bật là *Hội chứng màng não và liệt các dây thần kinh sọ não*.

+ Lao màng não - não: ngoài hội chứng màng não còn có *biểu hiện thần kinh khu trú (liệt nửa người...)*.

+ Lao màng não - màng tuỷ: Ngoài hội chứng màng não còn có *biểu hiện của viêm màng mềm màng tuỷ sống (liệt 2 chi dưới, rối loạn cơ tròn...)*.

Lao màng não ở đáy não là thể bệnh nhẹ nhất, tiên lượng tốt hơn so với các thể bệnh khác. Trong thực tế, có thể phối hợp các thể bệnh trên với nhau, vì vậy triệu chứng lâm sàng của lao màng não rất đa dạng và phong phú.

Từ năm 1948, Hội đồng nghiên cứu y học Anh (British Medical Research Council = BMRC) đã phân chia giai đoạn của lao màng não, cho đến nay vẫn được sử dụng để đánh giá, tiên lượng bệnh lao màng não:

- *Giai đoạn 1* (bệnh nhân được chẩn đoán sớm): Tỉnh thần tỉnh táo, không có dấu hiệu thần kinh khu trú. Thời gian chẩn đoán bệnh thường là dưới 10 ngày.

- *Giai đoạn 2*: Rối loạn tâm thần nhưng chưa có hôn mê, có thể có dấu hiệu thần kinh khu trú hoặc liệt các dây thần kinh sọ não. Thời gian chẩn đoán từ 10 - 14 ngày.

- *Giai đoạn 3*: Bệnh nhi hôn mê, có hoặc không kết hợp với dấu hiệu thần kinh khu trú. Bệnh thường được chẩn đoán từ tuần lễ thứ 3 trở đi. Trong 3 giai đoạn của bệnh trên đây thì giai đoạn 1 là bệnh nhẹ nhất, khả năng bệnh chữa khỏi nhiều hơn, tử vong ít hơn.

6. CÁC XÉT NGHIỆM CẬN LÂM SÀNG

6.1. Dịch não tủy:

- *Màu sắc* thường là màu vàng chanh, áp lực tăng, nếu bệnh nhân đến sớm dịch có thể màu trong. Trong lao màng não cũng có một tỷ lệ nhỏ (khoảng 8 đến 10%) là dịch có màu đục ngay lần chọc đầu tiên. Điều này được lý giải có thể do các ổ lao bã đậu ở não

đã vỡ vào dịch não tủy và khi số lượng tế bào quá nhiều (từ 500 tế bào trở lên trong 1 ml dịch não tủy) thì có thể làm màu của dịch não tủy hơi đục. Khi dịch não tủy có màu đục sẽ gây khó khăn cho chẩn đoán bệnh lao màng não.

- Xét nghiệm về sinh hoá, tế bào dịch não tủy cho thấy có 2 yếu tố cần chú ý gặp ở hầu hết bệnh nhân lao màng não là:

- Tăng protein: protein tăng thường nằm trong khoảng 1 - 5 g/lít.
 - Tăng số lượng tế bào: Trong 2 tuần đầu có thể là các bạch cầu đa nhân trung tính chiếm ưu thế, nhưng sau đó thành phần trội là các lymphocyte. Số lượng tế bào dưới 500/1ml chiếm 80 - 90%. Những biến đổi về protein và tế bào trong dịch não tủy lúc đầu có thể chưa rõ, nhưng sau đó sẽ nhận thấy rõ rệt hơn, vì vậy theo dõi diễn biến của dịch não tủy là rất cần thiết.
- Sự thay đổi các yếu tố khác:
- Lượng đường trong dịch não tủy: Theo y văn cổ điển thì trong lao màng não, lượng đường sẽ giảm trong dịch não tủy. Nhưng theo nghiên cứu của nhiều tác giả, đường trong dịch não tủy ở bệnh nhân lao màng não có thể bình thường 30 - 50% trường hợp. Ngày nay người ta thấy vai trò của đường trong dịch não tủy có ý nghĩa về mặt tiên lượng nhiều hơn. Nguyễn Phương

Hoa và CS (1994) đã nhận xét bệnh nhi lao màng não có đường giảm trong dịch não tủy bị tử vong cao hơn so với nhóm bệnh lượng đường không giảm.

- Lượng muối trong dịch não tủy chỉ giảm ở 40-45% bệnh nhân lao màng não.

- *Phát hiện acid tuberculostearic*: Đây là thành phần cấu trúc của vi khuẩn lao. Người ta dùng phương pháp sắc ký khối - phổ để phát hiện acid này, nhưng đòi hỏi phương tiện và kỹ thuật.

- Tìm sự thay đổi tỷ lệ

$$\frac{\text{Brôm máu}}{\text{Brôm dịch não tủy}}$$

Nguyên lý của xét nghiệm này là khi màng não bị tổn thương do lao đã làm cho lượng brôm từ máu vào dịch não tủy nhiều hơn và thay đổi tỷ lệ brôm máu/ brôm dịch não tủy (bình thường tỷ lệ này từ 2 đến 3; khi lao màng não tỷ lệ này xuống dưới 1,6). Kỹ thuật này đã được sử dụng ở Viện lao và Bệnh phổi, song phải sử dụng phương pháp huỳnh quang đo brôm máu và dịch não tủy vì vậy khó có thể sử dụng rộng rãi ở các tuyến y tế cơ sở.

* *Phát hiện kháng thể kháng lại kháng nguyên của vi khuẩn lao bằng các phản ứng miễn dịch*: Phản ứng hiện đang được sử dụng nhiều nhất là kỹ thuật miễn dịch gắn men (ELISA). Các nghiên cứu tại Viện lao - Bệnh phổi (Bùi Đại Lịch, 1993; Phạm Kim Thanh,

1995) đều cho thấy đây là xét nghiệm có giá trị trong chẩn đoán lao màng não ở trẻ em với độ nhạy 70 - 78% và độ đặc hiệu 94 - 100%. Nhưng cũng nên lưu ý là kháng thể trong máu, cũng như ở dịch não tủy của bệnh nhân sẽ thay đổi theo diễn biến của bệnh. Kỹ thuật này cũng khó có thể phổ cập đối với nước ta.

- *Xét nghiệm tìm vi khuẩn lao trong dịch não tủy*: Đây là tiêu chuẩn vàng (gold Standard) chẩn đoán lao màng não. Trong y văn thế giới thì tỷ lệ tìm thấy vi khuẩn lao cao tới 80 - 90% bằng phương pháp nuôi cấy. Thực tế ở nước ta ít khi thấy vi khuẩn lao trong dịch não tủy (cả soi trực tiếp và nuôi cấy (dịch não tủy lấy 3 ngày liền) cũng chỉ dương tính 1/3 trường hợp (Phạm Kim Thanh, 1995).

6.2. Vai trò của X quang

- *Chụp phổi (thẳng, nghiêng)*: Từ 60 - 70% bệnh nhân lao màng não có tổn thương ở phổi và hạch trung thất. Hình ảnh lao sơ nhiễm (với hạch trung thất to) là tổn thương gặp nhiều nhất (40 - 50%). Vì vậy cần phải chụp cả phim nghiêng để nhìn rõ các nhóm hạch. Tổn thương kê ở phổi cũng gặp phối hợp với lao màng não (15 - 20%). Các loại tổn thương khác ít gặp hơn. Như vậy X quang phổi chuẩn là cần thiết trước một bệnh nhi nghi ngờ là lao màng não.

- *Chụp cắt lớp vi tính sọ não*: Tình trạng giãn não thất ở trẻ bị lao gặp nhiều hơn trong viêm màng

não mủ hoặc viêm não cấp. Do đó đây cũng là một xét nghiệm gợi ý trong chẩn đoán phân biệt. Tuy nhiên giá thành còn cao so với đời sống chung của nhân dân ta.

6.3. Phản ứng Tuberculin

Phản ứng Tuberculin chỉ cho biết trẻ đã nhiễm lao. Đối với lao màng não là một thể lao nặng, cơ thể trẻ thường suy dinh dưỡng, cho nên phản ứng có thể âm tính (40 - 50%) tùy theo mỗi nước. Ở nước ta, đề tài KY01-16 cho biết: phản ứng Mantoux (+) trong lao màng não trẻ em với Se: 63% và Sp: 93%.

6.4. Xét nghiệm máu

Số lượng hồng cầu có thể bình thường hoặc giảm, tùy tình trạng nhiễm khuẩn nhiễm độc và suy dinh dưỡng của trẻ. Số lượng bạch cầu thường không cao, trong đó thành phần lympho tăng. Xét nghiệm này không đặc hiệu cho lao màng não vì tình trạng bội nhiễm cũng làm biến đổi kết quả của xét nghiệm.

Nghiên cứu đáp ứng miễn dịch thấy có giảm đáp ứng miễn dịch tế bào (số lượng và chức năng lympho T giảm).

6.5. Điện não đồ:

Ngoài sóng alpha (α) và sóng beta (β) ở bệnh nhi lao màng não còn xuất hiện thêm sóng delta (δ). Những biến đổi của điện não đồ giúp cho hiểu rõ

hơn tổn thương ở não kèm theo. Thông thường điện não đồ trở lại bình thường cùng với kết quả điều trị bệnh. Nhưng cũng có khi 3 - 5 tháng sau khi ngừng điều trị điện não đồ mới hoàn toàn bình thường.

Nếu những thay đổi của điện não đồ không hồi phục, thì cần theo dõi các di chứng của lao màng não.

7. ĐIỆN MẠO CỦA LAO MÀNG NÃO TRẺ EM NHỮNG NĂM GẦN ĐÂY

Từ 1970 đến 1997 vẫn có rất nhiều công trình nghiên cứu về lao màng não nói chung và lao màng não trẻ em nói riêng. Một số đặc điểm về bệnh lao màng não trẻ em được các công trình nghiên cứu nhấn mạnh trong thời gian trên đây là:

7.1. Tuổi mắc bệnh:

Tỷ lệ mắc bệnh ở tuổi nhỏ ngày càng nhiều, đặc biệt là trẻ dưới 5 tuổi. Ở nước ta cũng gặp nhiều nhất ở lứa tuổi này.

7.2. Chẩn đoán:

Gặp không ít khó khăn, khoảng 30% bệnh nhi chẩn đoán muộn. Ở nước ta theo đề tài cấp Nhà nước (KY01-16) nghiên cứu về bệnh lao trẻ em cho biết chỉ có 19,9% trẻ được phát hiện bệnh trong thời gian 1 - 2 tuần (thời gian được coi là chẩn đoán sớm).

7.3. Về lâm sàng:

Bệnh diễn biến cấp tính và bán cấp vẫn hay gặp ở trẻ em. Tổn thương lao màng não thường cùng xảy ra với tổn thương lao sơ nhiễm (hạch trung thất, phức hợp sơ nhiễm) hoặc lao kê ở phổi. Trong khi ở người lớn lao màng não có thể xảy ra 15 - 20 năm sau tổn thương tiên phát ở phổi, thậm chí tổn thương ở phổi đã ổn định.

7.4. Bệnh lao màng não ở trẻ em vẫn gặp nhiều ở trẻ chưa tiêm vaccin BCG, nhưng ở các nước đang phát triển khi tỷ lệ trẻ được tiêm chủng ngày càng tăng, thì số trẻ mắc bệnh (mặc dù đã tiêm phòng lao) cũng tăng dần.

7.5. Về xét nghiệm dịch não tủy

Trừ một số ít công trình công bố tìm thấy vi khuẩn lao trong dịch não tủy cao (70 - 80%). Đa số các tác giả cho biết tỷ lệ có vi khuẩn trong dịch não tủy chỉ 20 - 30%. Điều này giống như những kết quả nghiên cứu ở nước ta. Lượng đường trong dịch não tủy chỉ giảm ở 50% bệnh nhân lao màng não

7.6. Phản ứng Tuberculin (Mantoux)

Chỉ cho kết quả dương tính 50%, khi nhiễm HIV tỷ lệ dương tính còn thấp hơn.

7.7. Về giải phẫu bệnh

Tổn thương màng não phổi hợp với não vẫn gặp nhiều (69 - 70%). Đó cũng là một trong những lý do làm cho bệnh cảnh lao màng não phức tạp, phong phú, khó chẩn đoán.

8. CHẨN ĐOÁN BỆNH LAO MÀNG NÃO

8.1. Chẩn đoán xác định:

Yếu tố quyết định là tìm thấy vi khuẩn lao trong dịch não tủy, nhưng vì tỷ lệ dương tính thấp nên phải dựa vào các yếu tố khác.

Đề tài KY01-16 đã nghiên cứu thấy có 7 yếu tố có giá trị trong chẩn đoán bệnh lao màng não tại Viện lao và Bệnh phổi (ngoài tiêu chuẩn cần có đầu tiên là sốt, hội chứng màng não và biến đổi của dịch não tủy).

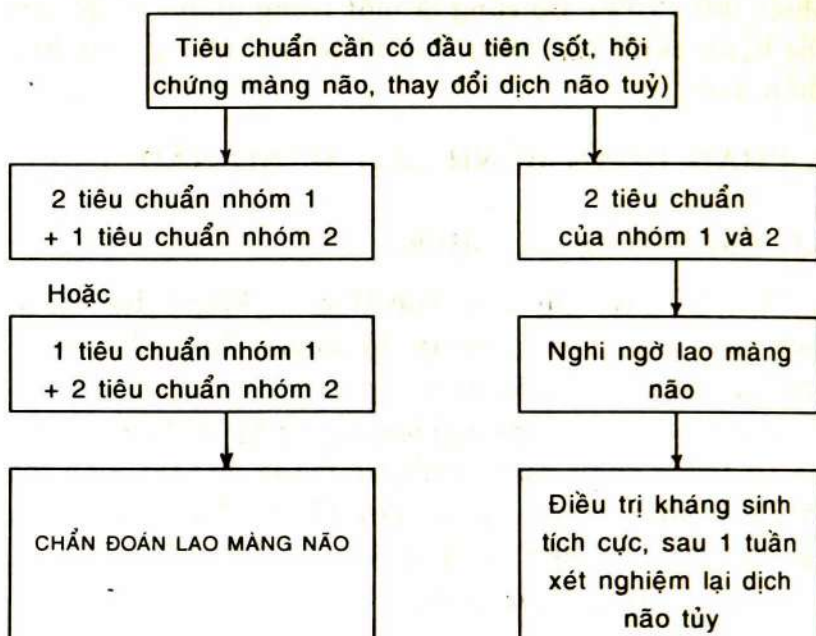
- Bệnh diễn biến từ từ.
- Có nguồn lây.
- Rối loạn ý thức kéo dài.
- Liệt dây thần kinh sọ não.
- Dịch não tủy màu vàng.

Đây là 5 tiêu chuẩn thuộc nhóm 1 (tiền sử và triệu chứng lâm sàng)

Nhóm 2: gồm các kết quả xét nghiệm:

- Phản ứng Mantoux dương tính.
- X quang phổi có tổn thương lao.

Mô hình chẩn đoán lao màng não trẻ em được đưa ra như sau:



*Mô hình chẩn đoán lao màng não trẻ em
(do đề tài KY01-16 quy định)*

Mô hình chẩn đoán trên đây thực chất đều dựa vào các yếu tố cổ điển mà y văn đã nêu lên như triệu chứng lâm sàng, X quang phổi, phản ứng Tuberculin, nguồn lây lao.v.v... Nhưng thích hợp với tuyến trung ương, hoặc ở một vài tỉnh mà xét nghiệm dịch não tủy tiến hành được với độ tin cậy. Bởi vì ngay ở tiêu chuẩn đầu tiên cần có là phải có sự thay đổi về xét nghiệm dịch não tủy (sinh hóa, tế bào), điều phải có xét

nghiệm thay đổi sinh hoá, tế bào dịch não tủy, điều này ở các tuyến y tế phổ cập khó có thể thực hiện được. Đây là chưa nói tới sự thay đổi của dịch não tủy ở giai đoạn sớm (bệnh nhân đến với y tế cơ sở) không phải đã rõ rệt. Nên chăng, chỉ cần vận dụng các tiêu chuẩn của Hội hiệp bài lao quốc tế khuyến cáo để chẩn đoán sớm bệnh lao màng não ở trẻ em nước ta theo mô hình sau đây ở các tuyến cụ thể:



Mô hình chẩn đoán lao màng não

Thực hiện mô hình trên đây, chúng ta cũng đã vận dụng một tiêu chuẩn để chẩn đoán bệnh lao trẻ em mà Hội hiệp bài lao quốc tế cho phép là *có thể điều trị thử thuốc lao, theo dõi diễn biến để chẩn đoán*. Có lẽ điều quan trọng là nên phổ biến cho các cán bộ y tế cách nhận định phản ứng Mantoux dương tính hoặc âm tính cho những bệnh nhi cụ thể (đã tiêm BCG, chưa tiêm BCG, có suy dinh dưỡng hay không.v.v..).

8.2. Chẩn đoán phân biệt: Lao màng não cần phải phân biệt với một số bệnh cảnh sau đây:

- *Viêm màng não mủ* do não mô cầu, phế cầu...
gây nên:

Đặc điểm của viêm màng não mủ là bệnh xuất hiện đột ngột, diễn biến cấp tính, khác với lao màng não bệnh bắt đầu từ từ. Dịch não tủy thường là màu đục, có nhiều bạch cầu đa nhân trung tính, có thể phân lập được phế cầu hoặc não mô cầu. Trong máu số lượng bạch cầu tăng cao, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính cao. Trong thực tế lâm sàng, nhiều trường hợp rất khó phân biệt giữa viêm màng não mủ và lao màng não, nhất là viêm màng não mủ đã được điều trị kháng sinh - "*viêm màng não mủ mất đầu*". Những trường hợp đó có thể làm các xét nghiệm miễn dịch (như phản ứng ELISA) để phân biệt. Nếu không có điều kiện làm các phản ứng miễn dịch thì

điều trị tích cực theo hướng viêm màng não mủ. Khi đã điều trị tích cực viêm màng não mủ mà không có kết quả thì chuyển sang chữa lao.

- *Viêm màng não do siêu vi khuẩn (virus)*: Bệnh thường gây thành dịch, lâm sàng nhiều khi cũng biểu hiện các triệu chứng rầm rộ. Dịch não tủy thường màu trong. Bệnh diễn biến nhanh không kéo dài như lao màng não. Chẩn đoán xác định nguyên nhân do siêu vi khuẩn phải dựa vào phản ứng huyết thanh.

- *Viêm não cấp (Viêm não Nhật bản B)*: Bệnh xuất hiện đột ngột, các triệu chứng thần kinh nổi bật, nếu không được điều trị kịp thời, trẻ có thể tử vong nhanh. Dịch não tủy thường ít biến đổi.

- *U não*: ở trẻ em ít gặp hơn người lớn. Các triệu chứng về thần kinh chiếm ưu thế, dịch não tủy ít thay đổi.

- *Áp xe não*: Thường là biến chứng của viêm tai xương chũm. Triệu chứng của viêm tai biểu hiện rõ, thường không khó chẩn đoán.

- *Bệnh bại liệt*: Bệnh nhi sốt 2 đợt: 2 - 3 ngày đầu trẻ sốt, sang ngày thứ 4 - 5 nhiệt độ trở lại bình thường khoảng 2- 3 ngày, sau đó lại sốt cao. Ngày thứ 5 - 6 trở đi trẻ xuất hiện liệt nhanh chóng (từ 1 chân chuyển sang 2 chân, có thể liệt cả 2 chân, 2 tay). Dịch não tủy protein không tăng, có nhiều tế bào lympho.

9. TIẾN TRIỂN LAO MÀNG NÃO

Lao màng não là một thể lao nặng. Trước khi có thuốc lao (trước năm 1944) tử vong là điều chắc chắn xảy ra đối với trẻ bị bệnh. Ngày nay do có nhiều thuốc lao mà diễn biến có thể theo những khả năng sau đây:

- *Khỏi hoàn toàn:* Đây là những bệnh nhi được chẩn đoán sớm, điều trị đúng đắn. Những đứa trẻ này rất may mắn vì khả năng hồi phục hoàn toàn (cả về lâm sàng và dịch não tủy). Nhưng do chẩn đoán muộn, mà hiện nay ở nước ta số trẻ được may mắn này chỉ chiếm khoảng 15 - 30%.

- *Khỏi nhưng để lại những di chứng:*

. Di chứng về vận động: Trẻ khỏi bệnh nhưng chân hoặc tay cử động yếu, đi lại khó khăn hoặc có những cử động bất thường.

. Di chứng về tinh thần: giảm trí tuệ, mất trí, ngu dần.

. Rối loạn chức năng của các giác quan: Hay gặp là giảm thị lực hoặc mất vĩnh viễn thị lực, mặc dù nhìn bề ngoài mắt vẫn bình thường. Các di chứng của bệnh lao màng não ở trẻ em nước ta còn gặp tỷ lệ cao (50 - 60%). Những di chứng này để lại cho gia đình và xã hội những gánh nặng, có khi còn nặng nề và khổ tâm hơn thời gian bị bệnh. Để hạn

chế các di chứng của lao màng não, cần phải giải quyết bệnh lao nói chung. Trong tình hình bệnh lao còn đang phổ biến ở nước ta, thì vấn đề phát hiện sớm bệnh lao màng não là cực kỳ quan trọng để chữa kịp thời, khả năng bệnh khỏi hoàn toàn nhiều hơn, hạn chế những di chứng.

- *Bệnh chuyển thành mạn tính*: Bệnh nhi đã được điều trị đủ thời gian, các triệu chứng lâm sàng giảm hoặc hết, nhưng dịch não tủy không trở lại bình thường: lượng protein vẫn cao, trong khi số lượng tế bào có thể về gần giới hạn bình thường. Bệnh nhân thỉnh thoảng có đợt đau đầu, có thể sốt nhẹ. Trên lâm sàng dùng nghiệm pháp Quickensted - Stockey để kiểm tra như sau: Sau khi chọc kim lấy dịch não tủy ở thất lưng, dùng ngón tay trở đè mạnh lên tĩnh mạch cổ, tĩnh mạch cổ bị ứ huyết sẽ tăng áp lực dịch não tủy. Nếu có sự tắc nghẽn thì áp lực dịch não tủy không thay đổi. Phương pháp Stockey cũng làm như trên, nhưng không đè lên tĩnh mạch cổ, mà đè lên tĩnh mạch chủ bụng.

- *Tử vong*: Do suy mòn, loét do nằm lâu, bội nhiễm hoặc do tiến triển xấu của bệnh lao màng não. Theo thống kê của Viện lao - Bệnh phổi tử vong do lao màng não từ 15 - 30%. Trẻ càng nhỏ, bệnh càng nặng, nguy cơ tử vong càng nhiều.

10. NHỮNG YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG BỆNH LAO MÀNG NÃO Ở TRẺ EM

Tiên lượng bệnh lao màng não rất khó lường, nhất là đối với trẻ em. Có trường hợp bệnh nhi chữa lao, tiến triển lâm sàng tốt dần lên, đột nhiên lại bị hôn mê và tử vong. Không ít bệnh nhi triệu chứng rầm rộ, nhưng khi điều trị các triệu chứng hết dần và khỏi hoàn toàn. Người ta có nêu lên một số yếu tố tiên lượng bệnh như sau:

- Trẻ càng nhỏ tuổi bệnh càng nặng nhất là trẻ dưới 1 tuổi, ngoài lao màng não, có thể còn lao ở nhiều bộ phận khác khiến bệnh càng nặng.

- Chẩn đoán càng muộn bệnh càng nặng, càng khó chữa.

- Trẻ có rối loạn ý thức (giai đoạn II, III) nặng hơn trẻ chưa có rối loạn ý thức.

- Bệnh nhi có kèm theo các dấu hiệu thần kinh khu trú (liệt nửa người) nặng hơn trẻ không có dấu hiệu thần kinh khu trú.

- Lượng đường trong dịch não tủy càng giảm bệnh càng nặng.

- Gần đây, một số tác giả đã nêu lên bệnh nhân lao màng não nếu tìm thấy vi khuẩn trong dịch não tủy (bằng phương pháp soi kính trực tiếp hoặc nuôi cấy trên môi trường Loewenstein - Jensen), thì bệnh nhẹ hơn những trường hợp không tìm thấy vi khuẩn.

Điều này được giải thích là khi tìm thấy vi khuẩn trong dịch não tủy bằng các kỹ thuật cổ điển, thì vi khuẩn chưa thay đổi đặc điểm sinh học (như vi khuẩn chưa kháng thuốc). Thuốc lao sẽ có tác dụng tốt với những bệnh nhân này.

11. ĐIỀU TRỊ LAO MÀNG NÃO

11.1. Điều trị lao màng não cũng phải theo đúng các nguyên tắc của điều trị bệnh lao: Phối hợp thuốc, đủ liều, đủ thời gian...

11.2. Phác đồ chữa lao màng não ở trẻ em hiện nay (1997) đang sử dụng ở Viện lao là: 2RHSZ/6RH.

Cụ thể là trong 2 tháng đầu (điều trị tấn công) dùng 4 loại thuốc hàng ngày (Rifampicin = R, Isoniazid = H, Streptomycin = S, Pyrazinamid = Z). Sau đó 6 tháng sau dùng 2 loại R và H. Ở một số nước, như khuyến cáo của Viện hàn lâm Nhi khoa Mỹ (1993) thì thời gian củng cố bằng RH nên kéo dài đến 10 tháng. Nghĩa là tổng cộng thời gian dùng thuốc là 12 tháng.

+ Những trường hợp thất bại hoặc tái phát thì có thể sử dụng phác đồ có nhiều thuốc hơn là 2 SHRZE/RHZE/5RHE, nghĩa là 2 tháng với 5 loại thuốc, 1 tháng với 4 loại thuốc và 5 tháng cuối cùng với 3 loại thuốc (E: Ethambutol).

Liều lượng của mỗi thuốc (xin xem bảng chung về liều lượng thuốc).

11.3. Sử dụng corticoid để chống dãn dính màng não

Ở trẻ em liều dùng prednisolon từ 1 đến 3 mg/kg/24 giờ. Thời gian sử dụng từ 4 đến 6 tuần, cần giảm liều theo nguyên tắc sử dụng corticoid. Hầu hết các công trình đều cho thấy dùng corticoid đã hạn chế được dãn dính màng não hơn so với những trẻ không dùng thuốc này.

11.4. Điều trị triệu chứng

. *Chống phù não*: Bằng dung dịch Manitol 20% với liều 10 mg/kg thời gian dùng 5 - 7 ngày (thời gian có thể ngắn hơn tùy vào tình trạng của từng trẻ).

. *Bồi phụ nước điện giải*: Tùy tình trạng của trẻ sốt, nôn, mất nước và muối nhiều hay ít mà dùng các dung dịch glucose 5%, muối 9%.

. *Hạ sốt, chống co giật*: Trẻ co giật có thể là biểu hiện triệu chứng của bệnh, nhưng khi sốt cao cũng làm trẻ dễ co giật. Dùng các thuốc hạ sốt, chườm lạnh: đầu, nách, bẹn.... Dùng các thuốc an thần như Seduxen (uống hoặc tiêm), nhóm Barbituric khi tình trạng co giật kéo dài.

11.5. Vấn đề nuôi dưỡng: rất quan trọng trong quá trình điều trị vì:

- Trẻ lao màng não thường bị nôn: ăn vào lại nôn ra hết.
- Nhiều trẻ bị hôn mê không còn phản xạ nuốt.

Đối với những trẻ còn ăn được, nên cho ăn những thức ăn mềm và ăn làm nhiều bữa. Tránh cho ăn quá no trẻ dễ nôn. Cần cho uống thuốc xa bữa ăn. Những trường hợp trẻ uống thuốc bị nôn ra hết, cần cho uống lại một liều như vậy. Những trẻ bị hôn mê, cần đặt sonde dạ dày để nuôi dưỡng đến khi trẻ tự ăn được.

11.6. Việc chăm sóc hộ lý - vệ sinh cá nhân

Do trẻ nằm lâu, có khi lại ỉa, đái không tự chủ, nên cần chăm sóc vệ sinh cá nhân hàng ngày sạch sẽ, tránh bội nhiễm hoặc loét do nằm lâu ở một tư thế.

11.7. Theo dõi điều trị

Đánh giá kết quả điều trị lao màng não cần dựa vào các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng. Thông thường sau 1 thời gian điều trị (từ 1 đến 2, 3 tuần) trẻ tỉnh dần, giảm sốt, ăn uống khá lên, hết nôn, giảm dần và hết co giật... Nhìn chung sự hồi phục của bệnh lao màng não cũng "từ từ" như khi trẻ bị bệnh. Nhưng yếu tố quan trọng nhất để đánh giá kết quả điều trị lao màng não là sự trở lại bình thường của dịch não tủy. Thông thường dịch não tủy trở lại bình thường chậm hơn so với sự mất đi của các dấu hiệu lâm sàng. Một đứa trẻ đã hết các triệu chứng lâm sàng, nhưng dịch não tủy chưa bình thường thì chưa yên tâm về sự khỏi bệnh. Theo nghiên cứu

của Viện lao - Bệnh phổi sau 8 tháng điều trị (phác đồ 2RHZS/6RH), dịch não tủy mới trở lại bình thường được 63% bệnh nhi. Như vậy 1/3 bệnh nhi lao màng não cần phải điều trị thời gian dài hơn 8 tháng. Căn cứ vào kết quả xét nghiệm dịch não để quyết định thời gian điều trị cho từng bệnh nhân là cần thiết và khoa học. Đây là vấn đề đang đặt ra cho các nhà chuyên khoa ở nước ta.

Ngoài ra việc theo dõi chặt chẽ tác dụng ngoại ý của thuốc lao là cần thiết vì trẻ được dùng nhiều thuốc. Nhất là trẻ lao màng não thường suy dinh dưỡng, suy kiệt khả năng dung nạp thuốc kém hơn những trẻ khác.

11.8. Điều trị di chứng

Những di chứng của lao màng não là hết sức nặng nề. Để tránh những di chứng này ngay khi trẻ còn nằm viện đã cần điều trị phục hồi chức năng, nhất là những trẻ có liệt, rối loạn cơ tròn. Những động tác xoa bóp, trở mình, tuy đơn giản nhưng cũng đóng vai trò không nhỏ tránh cho trẻ những di chứng sau này. Những công trình nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh là những trẻ được kết hợp điều trị phục hồi chức năng sớm (do các thầy thuốc chuyên khoa đảm nhận), thì giảm được nhiều di chứng so với nhóm không được điều trị phục hồi. Ở nước ta

trong thời gian trẻ nằm viện hầu như chúng ta chưa kết hợp điều trị phục hồi chức năng, chỉ do người nhà bệnh nhân tự xoa bóp cho con mình. Điều trị phục hồi chức năng lại đặt ra tại cộng đồng khi trẻ đã xuất viện. Kết quả điều trị như vậy chắc chắn sẽ không bằng nếu vấn đề được đặt ra khi trẻ còn đang nằm viện.

Phẫu thuật chỉnh hình các di chứng về vận động do lao màng não cũng đã được tiến hành ở một số nước tiên tiến. Song còn khó khăn áp dụng ở các nước nghèo, mà các nước nghèo thì lao màng não lại nhiều nhất. Phẫu thuật cũng được áp dụng để mở thông dịch não thất, khi áp lực dịch não tủy tăng cao có nguy cơ chèn ép giao thoa thị giác gây mù đột ngột và mất phản xạ đồng tử, song trên thực tế cũng ít gặp tình huống này. Một vấn đề thực tế hơn là có một số bệnh nhân lao màng não, áp lực sọ não quá cao, não úng thủy, có thể có vách hoá cản trở sự lưu thông của dịch não tủy, cần nối thông não thất xuống ổ bụng. Nguyễn Quang Bài (1994) đã thực hiện thành công phẫu thuật này cho một số bệnh nhi lao màng não. Chỉ định phẫu thuật được đặt ra khi: kích thước của não thất lớn hơn 3 cm (đo bằng siêu âm), lượng protein dịch não tủy $<1\text{g/l}$; số lượng tế bào từ 0 đến $20/\text{mm}^3$.

12. PHÒNG BỆNH LAO MÀNG NẪO

12.1. Phòng mắc bệnh lao màng não

- Tiêm phòng vaccin BCG được coi là biện pháp phòng mắc lao màng não ở trẻ em tốt nhất hiện nay, được nhiều nước thực hiện kể cả nước ta.

- Giải quyết nguồn lây, chủ yếu là các bệnh nhân lao phổi người lớn dờm có vi khuẩn lao. Trẻ ở trong gia đình có người bị lao thì nguy cơ bị bệnh rất sớm, mà trẻ càng nhỏ bị bệnh lao thì lại càng dễ bị lao màng não.

- Điều trị tốt các ổ lao tiên phát: Như phần sinh bệnh học đã trình bày. Lao màng não là thể lao thứ phát. Cần phát hiện điều trị các thể lao tiên phát (cụ thể là lao sơ nhiễm) để tránh biến chứng lao màng não.

12.2. Phòng các di chứng của lao màng não

- Cần phát hiện sớm bệnh lao màng não ở trẻ em: Trẻ được phát hiện sớm là một trong những yếu tố quan trọng để chữa có kết quả, hạn chế các di chứng.

- Điều trị tích cực khi đã chẩn đoán lao màng não có thể coi như một cấp cứu, điều trị đúng nguyên tắc chữa bệnh lao và những biện pháp điều trị cho riêng thể lao đặc biệt này.

Những điểm cần nhớ đối với bệnh lao màng não

- Lao màng não là thể lao thứ phát, một thể lao nặng, tử vong còn cao.

- Lao màng não có thể xảy ra rất sớm cùng với tổn thương sơ nhiễm ở phổi, trẻ càng nhỏ khả năng này càng dễ xảy ra.

- Tổn thương màng não thường kết hợp với tổn thương ở não.

- Bệnh cảnh lâm sàng lao màng não rất phức tạp và phong phú. Trong đó có cả triệu chứng của màng não và của não. Trẻ em thường gặp triệu chứng ỉa chảy hơn là táo bón trong tam chứng màng não. Ở trẻ nhỏ dấu hiệu thóp phồng có giá trị cho biết có tăng áp lực nội sọ. Tổn thương lao kê, lao sơ nhiễm ở phổi hay gặp phối hợp với lao màng não.

- Chẩn đoán sớm lao màng não ở trẻ em là chẩn đoán trong 1 tuần lễ đầu từ khi có dấu hiệu lâm sàng. Kết quả điều trị phụ thuộc nhiều vào thời gian chẩn đoán bệnh.

- Khi trẻ sốt cao, có *hội chứng màng não* (có thể có dấu hiệu thần kinh khu trú kèm theo), dịch não tủy có màu vàng chanh, ở một gia đình có nguồn lây lao, thì ở các tuyến y tế cơ sở nên nghĩ đến bệnh lao màng

não để làm các xét nghiệm xác chẩn, hoặc khi không có điều kiện có thể điều trị thử bằng thuốc lao và theo dõi.

- Ở nước ta có hai bệnh hay nhầm với lao màng não là viêm màng não mủ và viêm não cấp (viêm não Nhật Bản).

- Điều trị lao màng não: Hiện nay dùng phác đồ 8 tháng (2RHSZ/6RH). Khi dịch não tủy chưa trở lại bình thường cần tiếp tục điều trị củng cố thêm 2 hoặc 4 tháng (tổng cộng thời gian điều trị có thể 10 đến 12 tháng). Cần phối hợp với prednison, điều trị triệu chứng và phục hồi chức năng sớm, đặc biệt chú ý đến chế độ nuôi dưỡng, chăm sóc.

- Phòng bệnh lao màng não: Cần giải quyết nguồn lây, tiêm vaccin BCG cho trẻ.

PHẾ QUẢN - PHẾ VIÊM LAO

1. ĐẠI CƯƠNG

Phế quản - phế quản lao là những tổn thương ở cả phế quản và phế nang, do vi khuẩn lao lan tràn theo đường phế quản. Bệnh gặp ở trẻ em mọi lứa tuổi, trẻ càng nhỏ càng dễ bị bệnh này. Đây là một thể bệnh nặng, tổn thương rộng, chiếm mất nhiều diện tích thở của trẻ. Trong y văn cổ điển phế quản phế viêm lao được xếp vào một trong những thể lao phổi cấp tính, nhưng gần đây có tác giả không coi phế quản phế viêm lao là thể lao cấp tính.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

2.1. Triệu chứng toàn thân

Sốt lúc đầu 38° - $38^{\circ}5C$ kéo dài. Sau đó nhiệt độ có thể tới 39° - $39^{\circ}5C$. Ăn uống kém, gầy sút, da xanh. Trẻ quấy khóc hoặc lỳ bì, bỏ bú.

2.2. Triệu chứng cơ năng

- Ho: thường ho từng cơn, có đờm trắng.

- Khó thở: Tăng dần và rõ nhất ở thì thở vào cánh mũi phập phồng. Đối với trẻ em nhỏ thường kèm theo tím tái quanh môi, đầu chi.

2.3. Triệu chứng thực thể

Khám: Cơ quan hô hấp thấy bệnh nhân khó thở: trẻ nhỏ cánh mũi phập phồng, co rút các khoang liên sườn, co kéo hõm ức, nhịp thở tăng. Nghe phổi có nhiều ran ẩm, ran nổ, có thể kèm theo ran ngáy, ran rít. Trong phế quản phế viêm thể giả thủy có thể phát hiện được hội chứng đông đặc (thường gặp ở thủy dưới phổi phải).

3. CẬN LÂM SÀNG

3.1. Xét nghiệm tìm vi khuẩn lao ở trong đờm (đối với trẻ lớn), dịch rửa phế quản hoặc dịch rửa dạ dày (đối với trẻ nhỏ), thường tìm thấy vi khuẩn lao bằng soi kính. Đây là xét nghiệm quan trọng giúp cho chẩn đoán.

3.2. Hình ảnh X quang phổi:

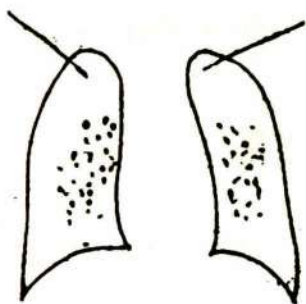
Có hai thể X quang của phế quản - phế viêm lao.

3.2.1. Phế quản - phế quản thể lan tràn: Những nốt mờ không đồng đều về đậm độ và kích thước, tập trung nhiều ở vùng cạnh tim và đáy phổi.

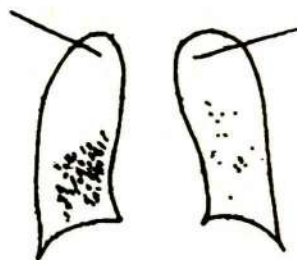
3.2.2. Phế quản phế viêm lao thể giả thủy:

Những nốt mờ tập trung ở một vùng của phổi (thường gặp ở thủy dưới phổi phải), những vùng phổi khác cũng có thể có nốt mờ, nhưng ít hơn. Ngoài tổn thương trên đây, còn có thể thấy hình ảnh lao sơ

nhiễm ở trẻ em, hình hạch trung thất, phức hợp sơ nhiễm hoặc viêm rãnh liên thùy.



*Hình 11: Phế quản phế
viêm lao thể lan tràn*



*Hình 12: Phế quản phế
viêm lao thể giả thùy*

3.3. Phản ứng da với Tuberculin:

Phản ứng Mantoux thường dương tính, mức độ dương tính tùy thuộc vào từng cơ thể trẻ. Trẻ suy kiệt phản ứng Tuberculin có thể âm tính.

3.4. Xét nghiệm máu:

Số lượng bạch cầu có thể tăng cao, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng, tốc độ máu lắng cao.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Chẩn đoán xác định Dựa vào các yếu tố sau:

- Triệu chứng lâm sàng.

- Xét nghiệm tìm thấy vi khuẩn lao trong đờm: yếu tố quyết định chẩn đoán.
- Hình ảnh tổn thương trên phim chụp phổi.
- Phản ứng Tuberculin.
- Thay đổi của máu ngoại biên.

4.2. Chẩn đoán phân biệt:

Khi không tìm thấy vi khuẩn lao trong đờm cần phân biệt với:

- Phế quản - phế viêm do các vi khuẩn khác: bệnh cảnh rầm rộ, tiến triển nhanh, điều trị kháng sinh có kết quả.
- Tụ cầu phổi: Tổn thương có những nốt kèm theo nhiều bóng sáng thay đổi theo thời gian.

5. TIẾN TRIỂN

Trước khi có thuốc chống lao, phế quản phế viêm lao là một thể lao nặng, tử vong cao, còn được gọi là lao cấp "tẩu mã" (Phtisie galopante). Hiện nay tiên lượng bệnh đã tốt hơn nhiều nếu được chẩn đoán sớm và điều trị đúng đắn. Bệnh nhân hết sốt, giảm ho, sức khỏe hồi phục dần, vi khuẩn lao ở trong đờm âm hoá sau 1 - 2 tháng điều trị. Tuy nhiên nếu chẩn đoán muộn hoặc điều trị không đúng, bệnh có thể tiến triển xấu (nhất là ở trẻ nhỏ). Tổn thương ở phổi nhiều nốt mờ hơn, bệnh nhân biểu hiện suy hô hấp nặng kèm theo có rối loạn về tim mạch và có thể tử vong.

6. ĐIỀU TRỊ

Điều trị phế quản phế viêm lao cần điều trị đúng các nguyên tắc của điều trị bệnh lao.

Có thể kết hợp với phương pháp khí dung để đưa thuốc lao vào phổi (thông thường khí dung với dung dịch Rifampicin).

Điều trị thuốc chống lao phổi hợp với các chất kích thích miễn dịch không đặc hiệu (Levamisol, Thimalin...) làm tăng kết quả điều trị.

Điều trị triệu chứng: khó thở có thể cho thở oxy, làm thông đường khí đạo (hút đờm dãi).

Nếu có biểu hiện suy tim cho thuốc điều trị suy tim.

Theo dõi kết quả điều trị: Đánh giá kết quả điều trị qua diễn biến của các triệu chứng lâm sàng, các xét nghiệm cận lâm sàng (xét nghiệm vi khuẩn lao trong đờm và hình ảnh X quang của phổi).

7. PHÒNG BỆNH: Để đề phòng phế quản phế viêm lao cần:

- Phát hiện sớm và điều trị kịp thời tổn thương lao sơ nhiễm hoặc lao phổi mạn tính.

- Tiêm phòng Vaccin BCG cho trẻ sơ sinh và trẻ dưới 1 tuổi.

LAO PHỔI

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh lao phổi (còn gọi là lao phổi mạn tính), nằm ở giai đoạn III theo quan điểm sinh bệnh học bệnh lao của Ranke (1916). Ngày nay lao phổi được xếp vào giai đoạn bệnh lao sau sơ nhiễm.

Nhiễm lao ở tuổi nhỏ (dưới 5 tuổi) thì lao phổi sau sơ nhiễm chiếm 4%, nhưng ở tuổi lớn hơn (6 - 14 tuổi) bị nhiễm lao thì lao phổi bị nhiều hơn: 10% (Chaulet P, 1992). Trẻ bị nhiều nhất là từ 10 - 14 tuổi, đặc biệt là trẻ ở tuổi dậy thì có thể bị một thể lao phổi nặng là viêm phổi bã đậu. Nữ bị bệnh nhiều hơn nam. Thời gian từ khi lao sơ nhiễm tới lúc bị lao phổi từ 6 đến 14 năm, nhưng cũng có thể lâu hơn.

Ở nước ta, những công trình nghiên cứu về bệnh lao phổi ở trẻ em còn rất ít và thường được gộp vào cùng với các tổn thương lao cấp ở phổi.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

2.1. Triệu chứng toàn thân

Đối với trẻ em cũng giống như người lớn, khi bị lao phổi trẻ có hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc

mạn tính: mệt mỏi, sốt về chiều (73%), ăn kém, sút cân... Nếu trẻ bị lao thể viêm phổi bã đậu thì triệu chứng rầm rộ: sốt cao, rét run... Nhưng cần chú ý là 2/3 trẻ bị bệnh là từ 10 - 14 tuổi (Trần Văn Sáng và CS, 1995) lứa tuổi mà các em đang lo học tập, nhất là các lớp cuối cấp, vì vậy 60% trẻ bị bệnh được chẩn đoán muộn. Hơn nữa ở lứa tuổi dậy thì, những thay đổi của cơ thể, còn cho là do thay đổi nội tiết, nên có thể làm cho bệnh bị chẩn đoán muộn.

2.2. Triệu chứng cơ năng

- *Ho khan sau đó có đờm*: Tỷ lệ gần như người lớn (76%), thể viêm phổi bã đậu, trẻ khạc nhiều đờm.

- *Ho ra máu*: Máu lẫn đờm, có đờm khạc huyết, thường ho ra máu mức độ ít (dưới 50 ml trong 24 giờ). Tỷ lệ trẻ bị ho ra máu tới 25%. Trong thể viêm phổi bã đậu có thể ho ra cả đờm lẫn máu, mủ.

- *Khó thở*: Khi tổn thương rộng, diễn biến lâu ngày, trẻ xuất hiện khó thở. Có thể nói khi đã xuất hiện khó thở thì bệnh đã quá muộn do không được phát hiện. Cho dù có được điều trị thì tổn thương khó xóa hết và cả cuộc đời của trẻ có thể bị bệnh cảnh suy hô hấp.

- *Đau ngực*: Hay gặp với thể viêm phổi bã đậu.

2.3. Triệu chứng thực thể

- Nếu tổn thương nhỏ, tổn thương mới (nốt, thâm nhiễm) thì có thể không phát hiện được dấu hiệu gì đặc biệt khi thăm khám phổi.

- Có thể nghe tiếng thấy thổi hang, nếu ở phổi có hang và có phế quản thông. Đặc biệt đối với thể viêm phổi bã đậu, lúc đầu có hội chứng đông đặc, sau đó biểu hiện rõ hội chứng hang, nghe có nhiều ran ẩm, ran nổ...

- Khi tổn thương là thâm nhiễm, có thể nghe rì rào phế nang ở vùng tương ứng tổn thương bị giảm (thường là ở đỉnh phổi và vùng liên bả cột sống). Khi nghe thấy ran nổ cố định ở một vị trí nào đấy là một dấu hiệu có giá trị.

Tóm lại về lâm sàng bệnh lao phổi ở trẻ em, các triệu chứng chính cũng không có gì đặc biệt so với bệnh ở người lớn. Nhưng tổn thương có thể tiến triển nhanh đặc biệt là ở tuổi dậy thì với thể viêm phổi bã đậu mà triệu chứng lâm sàng, biểu hiện rầm rộ, cấp tính.

3. CÁC XÉT NGHIỆM CẬN LÂM SÀNG

3.1. Xét nghiệm tìm vi khuẩn lao

Ở trẻ lớn thường là xét nghiệm đờm, còn trẻ nhỏ có thể hút dịch rửa dạ dày (vì trẻ chưa biết khạc đờm). Tuy nhiên, ngay cả với trẻ lớn cũng cần

hướng dẫn cách khạc đờm để lấy được bệnh phẩm là đờm thực sự. Thường phải xét nghiệm 3 mẫu đờm: 1 mẫu đờm lấy ngay khi trẻ đến khám bệnh, mẫu thứ 2 lấy đờm vào buổi sáng sớm hôm sau; mẫu thứ 3, là đờm lấy khi trẻ mang mẫu thứ 2 đến phòng xét nghiệm. Tìm thấy vi khuẩn lao trong đờm là yếu tố quyết định chẩn đoán. Các phương pháp xét nghiệm đờm tìm vi khuẩn thường là nhuộm soi trực tiếp, thuần nhất đờm, ly tâm rồi soi hoặc là nuôi cấy. Theo Chaulet.P. (1992) đối với lao hang ở trẻ em thấy vi khuẩn 80% ở trong đờm. Các thể lao không có hang cũng tới 50% cho kết quả dương tính. Ở nước ta, tại Viện lao - Bệnh phổi, thể lao phổi ở trẻ em tìm thấy vi khuẩn trong đờm và dịch dạ dày là 55%.

Trong tương lai khi kỹ thuật PCR được áp dụng ở nước ta, chắc chắn sẽ nâng cao hiệu quả chẩn đoán vi khuẩn lao trong các thể lao ở trẻ em. Riêng đối với thể "viêm phổi bã đậu" thì rất dễ thấy vi khuẩn ở trong đờm.

3.2. Chụp X quang phổi chuẩn

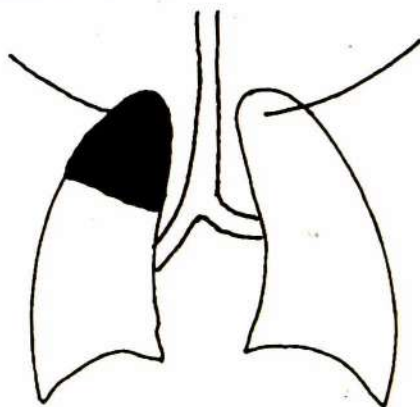
Tổn thương trên X quang cũng là các tổn thương cơ bản của bệnh lao: thâm nhiễm, nốt, hang. Đối với trẻ ở tuổi dậy thì, thì tổn thương hang gặp nhiều hơn. Trong 5 năm (1988 - 1992) tại Viện lao và Bệnh

phổi, nhận thấy 36,6% là tổn thương lao xơ nang, diện tích tổn thương vừa là 48,8% đối với lao phổi ở trẻ em. Đặc biệt trên X quang còn thấy 36,6% là hình ảnh di tích của tổn thương lao sơ nhiễm (nốt vôi hoá).

Hình ảnh X quang của lao phổi trẻ em nhất là ở tuổi dậy thì, còn có biểu hiện một thể đặc biệt gọi là "viêm phổi bã đậu". Tổn thương có thể chiếm một số phân thùy, thậm chí 1 thùy hoặc là một phổi. Lúc đầu tổn thương khá thuần nhất, sau đó nhanh chóng xuất hiện hoại tử và tạo thành nhiều hang, có thể có cả các hang khổng lồ (đường kính từ 7 cm trở lên).

Khi tổn thương khu trú ở một thùy phổi (thường là thùy trên bên phải), trước đây còn gọi là "Thượng thùy phế viêm". Hình ảnh X quang của thể này diễn biến qua 3 giai đoạn:

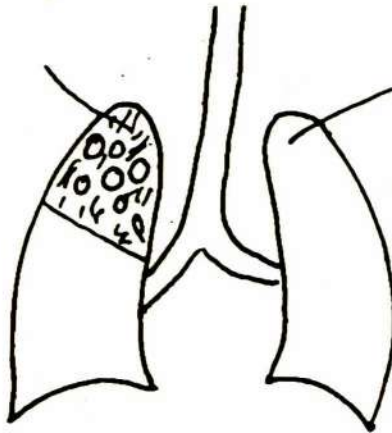
- *Giai đoạn xuất tiết:*



Hình 14: Phế viêm giai đoạn xuất tiết

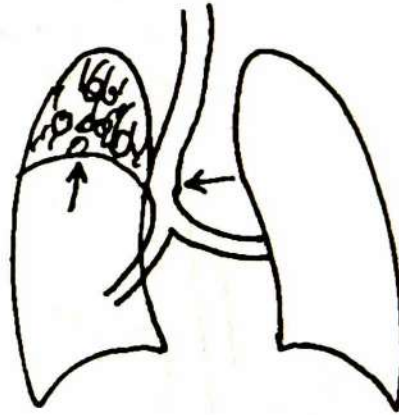
Đám mờ đồng đều tương ứng với thùy trên của phổi. (hình 14)

- *Giai đoạn bã đậu*: Tổn thương đã nhuyễn hoá chất bã đậu được đưa ra ngoài qua phế quản thông với hang (hang đã hình thành). Trên X quang khác với giai đoạn viêm xuất tiết là hình mờ không đồng đều (hình 15)



Hình 15: Phế viêm giai đoạn bã đậu

- *Giai đoạn xơ hoá*: Tổ chức xơ hình thành và gây co kéo các bộ phận xung quanh (trung thất, rãnh liên thùy, khí - phế quản). Hình ảnh X quang khác với giai đoạn bã đậu là co kéo các bộ phận xung quanh (hình 16)..



Hình 16: Phế viêm giai đoạn xơ hóa

3.3. Phản ứng Tuberculin

Phản ứng da với Tuberculin thường là dương tính. Nhưng riêng thể viêm phổi bã đậu, tỷ lệ dương tính chỉ 30 - 40%.

3.4. Xét nghiệm máu

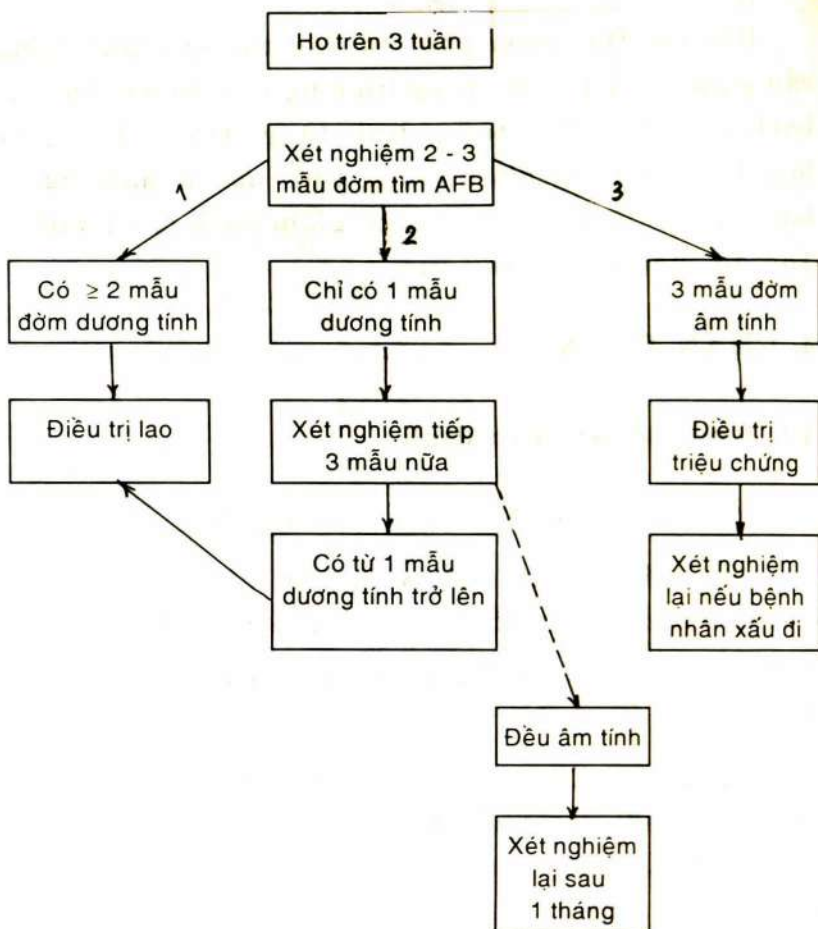
Nếu không phải là thể viêm phổi bã đậu thì những thay đổi máu ở trẻ cũng giống bệnh lao phổi ở người lớn: số lượng hồng cầu bình thường hoặc giảm nhẹ, bạch cầu không tăng, tỷ lệ lympho tăng, tốc độ máu lắng tăng.

Đối với thể viêm phổi bã đậu thì số lượng hồng cầu giảm rõ, bạch cầu tăng (thường hơn $10.000/1\text{mm}^3$), bạch cầu đa nhân trung tính tăng, trong đó có cả loại bạch cầu đa nhân trung tính non ở máu ngoại biên. Từ 80 - 90% bệnh nhi có giảm bạch cầu lympho. Tốc độ máu lắng tăng cao.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Chẩn đoán xác định

- Tìm thấy vi khuẩn lao ở trong đờm.
- Khi không tìm thấy vi khuẩn ở trong đờm thì có thể áp dụng sơ đồ chẩn đoán của Crofton (1992).
- Triệu chứng lâm sàng chỉ có ý nghĩa gợi ý chẩn đoán.
- Hình ảnh X quang: Các tổn thương cơ bản của bệnh lao phổi góp phần hướng tới nguyên nhân, đặc biệt chụp X quang theo chuỗi (nhiều phim ở các thời điểm khác nhau), cũng có giá trị chẩn đoán nhất định (tổn thương lao thay đổi rất chậm trên X quang).
- Các yếu tố thuận lợi: Nguồn lây, chưa tiêm vaccin BCG là tài liệu tham khảo giúp cho thầy thuốc chẩn đoán.



Sơ đồ chẩn đoán lao của Crofton (1992)

4.2. Chẩn đoán phân biệt:

Thường chỉ đặt ra khi không thấy vi khuẩn lao ở trong đờm.

- *Viêm phế quản cấp*: Bệnh cấp tính, bạch cầu cao, bạch cầu trung tính tăng, nhưng không có tổn thương giống tổn thương cơ bản của lao. Bệnh diễn biến nhanh.

- *Viêm phổi cấp*: Bệnh cấp tính, tổn thương trên X quang có thể nhầm với viêm phổi bã đậu ở giai đoạn xuất tiết. Nhưng sau đó thường thấy vi khuẩn lao đối với viêm phổi bã đậu nên dễ phân biệt. Mặt khác tổn thương viêm phổi cấp bệnh diễn biến nhanh (cả lâm sàng và X quang) khác với viêm phổi bã đậu.

- *Áp xe phổi*: Bệnh cấp tính: giai đoạn viêm rồi đến giai đoạn hoại tử, thường ở thùy dưới của phổi. Bạch cầu cao trong đó chủ yếu là bạch cầu trung tính.

5. ĐIỀU TRỊ

- Điều trị tuân thủ đúng các nguyên tắc của chữa lao.

- Các phác đồ chữa như đối với lao phổi ở người lớn, cần chú ý cho thuốc đúng liều theo cân nặng của trẻ. Các phác đồ ngắn hạn hay dùng là 2RHZ/6RH hoặc 2RHZ/4RH.

- Đối với thể viêm phổi bã đậu cần điều trị tích cực, nên cho trẻ vào bệnh viện để theo dõi. Có thể phối hợp 4 loại thuốc lao (2RHZS/6RH).

- Điều trị ngoại khoa: Không đặt ra, trừ thể viêm phổi bã đậu tổn thương khu trú ở 1 thùy (giai đoạn

xơ hoá), mà **điều trị nội khoa thất bại** (BK văn dương tính trong đờm). Lúc đó còn tùy từng trường hợp cụ thể mà có chỉ định cho thích hợp. .

- Điều trị triệu chứng: Đối với thể viêm phổi bã đậu, khi trẻ ở trong tình trạng nhiễm khuẩn nhiễm độc nặng cần phối hợp điều trị.

- Trợ tim mạch.
- Bồi phụ nước - điện giải.
- Chống bội nhiễm.
- Có chế độ nuôi dưỡng đủ chất thích hợp (ăn hoặc tiêm truyền).

Theo kết quả nghiên cứu của Viện lao - Bệnh phổi sau 4 tháng chữa với các phác đồ của CTCLQG: 94% bệnh nhi vi khuẩn âm hoá trong đờm.

6. TIỀN LƯỢNG

- Các bệnh nhi được phát hiện sớm, tổn thương nhỏ, điều trị nhanh chóng có kết quả: Trẻ hết sốt, ăn ngủ tốt, lên cân, hết ho...

Tổn thương có thể xoá sạch ở phổi (trên X quang), hoặc để lại một vài nốt vôi, dải xơ. Đối với trẻ em thì khả năng lấp đầy các hang (với những hang mới) nhiều hơn ở người lớn. Tuy nhiên nếu chẩn đoán muộn thì tổn thương không xoá hết được.

- Đối với thể viêm phổi ba đậu thì tiên lượng nặng hơn, nhưng vẫn đáp ứng tốt với thuốc lao. Người thầy thuốc cần kiên trì điều trị và theo dõi bệnh nhân. Có trường hợp 2 tháng bệnh nhi mới hết sốt, sau đó cơ thể mới hồi phục dần.

Những yếu tố tiên lượng không tốt đối với thể bệnh này là:

- Phổi có nhiều hang, có hang khổng lồ (kích thước từ 7 cm trở lên).
- Tỷ lệ tế bào lympho giảm nhiều trong máu.
- Tốc độ máu lắng tăng cao, giảm xuống đột ngột.

Kể cả khi có các yếu tố này thì với trẻ em bệnh vẫn có thể diễn biến thuận lợi vì cơ thể trẻ đang phát triển. Điều quan trọng là điều trị đúng và theo dõi đầy đủ.

7. PHÒNG BỆNH

- Phát hiện sớm và điều trị khỏi tổn thương lao sơ nhiễm ở phổi.

- Giải quyết nguồn lây (lao phổi người lớn) tiêm phòng vaccin BCG cho trẻ em.

- Cần phát hiện sớm, điều trị bệnh lao phổi ở trẻ em, đặc biệt là những trẻ ở lứa tuổi dậy thì vì trẻ dễ mắc thể viêm phổi ba đậu - một thể bệnh lao phổi nặng ở trẻ em.

Những điểm cần nhớ đối với bệnh lao phổi trẻ em

- Bệnh lao phổi xảy ra 6-14 năm sau tổn thương sơ nhiễm, có thể lâu hơn, hay gặp nhất ở lứa tuổi 10 - 14.

- *Triệu chứng lâm sàng*: sốt nhẹ, gầy sút, ho có đờm, ho ra máu... Đối với thể viêm phổi bã đậu: sốt cao, ho nhiều đờm, có hội chứng đông đặc, nhiều ran ẩm, ran nổ ở phổi.

- *Chẩn đoán*: Tìm thấy vi khuẩn kháng cồn, kháng toan (AFB) trong đờm. X quang có hình thâm nhiễm, nốt, hang.

- *Điều trị*:

Sử dụng các phác đồ ngắn hạn: 2RHZ/4RH
2RHZ/6RH

Đối với thể viêm phổi bã đậu cần dùng thêm streptomycin ở giai đoạn tấn công (2RHZS/6RH).

LAO MÀNG PHỔI

1. ĐẠI CƯƠNG

Lao màng phổi thường cũng là thể lao thứ phát, sau tổn thương tiên phát ở phổi. Tổn thương màng phổi có thể xảy ra sớm do ổ loét sơ nhiễm hoặc hạch trung thất vỡ vào màng phổi. Nhưng thường gặp lao màng phổi xảy ra sau 6 tháng từ khi có tổn thương sơ nhiễm, và chiếm 5 - 10% trong các biến chứng của lao sơ nhiễm. Vi khuẩn từ ổ tổn thương tiên phát ở phổi theo đường máu và bạch huyết tới màng phổi. Nhưng cũng có thể bằng đường tiếp cận: tổn thương lan trực tiếp vào màng phổi. Nếu ở người lớn, lao màng phổi là thể lao ngoài phổi gặp nhiều nhất, thì ở trẻ em lao màng phổi đứng ở vị trí thứ 3 sau lao màng não, lao hạch. Đối với trẻ em lao màng phổi thể tràn dịch thanh tơ là chủ yếu, về lâm sàng và nhất là cách xử trí cũng có một số đặc điểm riêng.

2. SINH LÝ BỆNH SỰ TẠO THÀNH DỊCH MÀNG PHỔI TRONG BỆNH LAO

2.1. Sự vận chuyển bình thường của dịch màng phổi

Bình thường do chênh lệch của áp lực giữa mao mạch lá thành, khoang màng phổi và mao mạch lá

tạng, mà có 1 lượng dịch từ 800 - 1000 ml được chuyển từ mao mạch lá thành vào khoang màng phổi và hấp thu vào mao mạch lá tạng trong 24 giờ. Sự vận chuyển này là liên tục, đều đặn, và lượng dịch cố định trong khoang màng phổi chỉ là 25 ml đủ cho lá thành và lá tạng trượt lên nhau dễ dàng trong chu kỳ hô hấp.

Các yếu tố ảnh hưởng đến sự vận chuyển của dịch màng phổi có thể giải thích theo định luật Starling như sơ đồ sau:

Màng phổi thành	Khoang màng phổi	Màng phổi tạng
Áp lực âm trong KMP	→5 5<-	
Áp lực thủy tĩnh trong mao mạch phế quản	→30 11<-	Áp lực thủy tĩnh mao mạch phổi
Áp lực thẩm thấu của DMP	→6 6<-	
Áp lực keo huyết tương 35<-		→35
Hiệu ứng màng	→6	→13
Hiệu ứng làm khô màng	-7	

Qua sơ đồ này ta thấy:

Ở màng phổi lá thành áp lực thủy tĩnh trong mao mạch (thuộc hệ động mạch chủ) cùng với áp lực âm

trong khoang màng phổi (30 mmHg + 5 mmHg) sẽ thắng áp lực thẩm thấu của protein huyết tương (áp lực keo) và áp lực thẩm thấu của dịch màng phổi (35 - 6 mmHg) cho nên tạo ra hiệu ứng màng (+) (net effect) 6 mmHg làm xuất hiện dịch trong khoang màng phổi. Nhưng ở màng phổi lá tạng: dịch được hấp thu, bởi vì áp lực thuỷ tĩnh trong mao mạch (thuộc hệ động màng phổi) cùng với áp lực âm trong khoang màng phổi (11 + 5 mmHg) thấp hơn nhiều so với áp lực keo của huyết tương và áp lực thẩm thấu của dịch màng phổi (35 - 6 mmHg) cho nên sẽ tạo ra hiệu ứng màng (-) (13 mmHg) làm dịch màng phổi được hấp thu qua lá tạng. Sự chênh lệch giữa hai hiệu ứng màng (13 - 6) sẽ luôn luôn tạo ra hiệu ứng làm khô màng (-7 mmHg). Như vậy, mặc dù có một lượng dịch luôn được tạo ra nhưng tốc độ hấp thu nhanh hơn, cho nên dịch màng phổi bình thường chỉ đủ làm nhiệm vụ bôi trơn cho hai màng phổi và tham gia vào vận chuyển tích cực các chất qua màng.

Dịch hấp thu từ khoang màng phổi nhờ bạch huyết dưới màng phổi qua những lỗ ở màng phổi tạng.

Đối với trẻ em khả năng hấp thu dịch màng phổi của hệ bạch huyết là rất lớn.

2.2. Cơ chế hình thành dịch màng phổi trong bệnh lao: Hiện nay được giải thích qua 3 cơ chế:

- Trần dịch màng phổi là do vỡ sãng sơ nhiễm ở phổi hoặc vi khuẩn lan từ hạch bạch huyết vào

màng phổi, cũng có khi do vỡ trực tiếp ổ áp xe lạnh cạnh cột sống vào khoang màng phổi.

- Dịch màng phổi là do kết quả của phản ứng giữa kháng nguyên của vi khuẩn lao và các lympho T đã mẫn cảm, hậu quả là giải phóng ra các lymphokin làm thay đổi tính thấm của thành mạch.

- Cơ chế quá mẫn: Người ta có thể gây tràn dịch màng phổi bằng cách tiêm vi khuẩn lao chết vào màng phổi, cùng với đưa Tuberculin vào cơ thể vật thí nghiệm.

Tuy nhiên sự hiện diện thường có của tổn thương lao đặc hiệu qua sinh thiết màng phổi, khiến 2 cơ chế đầu tiên được thừa nhận nhiều hơn.

3. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

3.1. Đại thể

- *Giai đoạn sớm* màng phổi bị xung huyết, phù nề, có nhiều dịch trong khoang màng phổi, màu vàng chanh; có thể có các hạt lao màu vàng ở lá thành và lá tạng, hoặc thấy ổ lao bã đậu nằm sát màng phổi vỡ vào khoang màng phổi, trong trường hợp này dịch màng phổi có màu đục.

- *Giai đoạn muộn*: Dịch màng phổi ít, có các dải xơ chia khoang màng phổi thành nhiều khoang nhỏ. Lá thành và lá tạng màng phổi dày lên dính vào nhau hoặc dính vào trung thất, thành ngực, vào phổi.

3.2. Vi thể

- *Giai đoạn sớm:* Có các nang lao điển hình ở màng phổi kết hợp với tổn thương không đặc hiệu: phù nề tổ chức liên kết, xung huyết, tổn thương mao mạch màng phổi.

- *Giai đoạn muộn:* Tổ chức xơ xuất hiện, các nang lao được tổ chức xơ thay thế, cuối cùng hình thành các mảng xơ trong không có tế bào. Khi các mảng xơ hình thành sẽ gây dày dính màng phổi và dịch màng phổi không thể hết được.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Thế tràn dịch màng phổi thanh tơ do lao là thể gặp nhiều nhất ở trẻ em.

4.1. Giai đoạn bắt đầu:

Thời gian kéo dài 2 - 3 ngày. Trẻ mệt mỏi, ăn kém, đau ngực nhẹ, rồi đột ngột sốt cao 39 - 40°C, rét run; sốt liên tục, về buổi chiều nhiệt độ cao hơn, nhưng cũng có khi sốt liên tục làm trẻ ly bì cả ngày. Cách bắt đầu từ từ cũng có thể gặp, trẻ chỉ sốt nhẹ về chiều, đau ngực, mệt mỏi. Các yếu tố thuận lợi như chấn thương, bị lạnh đôi khi là cơ hội để bệnh xuất hiện.

4.2. Thời kỳ toàn phát: ở giai đoạn này các triệu chứng biểu hiện rõ rệt.

- *Triệu chứng toàn thân:* Trẻ sốt cao liên tục (39 - 40°C), ly bì, ăn uống kém hoặc không ăn được, thể trạng mất nước, mạch nhanh, huyết áp hạ, lượng nước tiểu ít. Trẻ quấy khóc nhiều.

- *Triệu chứng cơ năng:*

- Bệnh nhi khó thở tăng dần, khó thở cả 2 thì, có thể có tím tái quanh môi. Vì khó thở nên trẻ thường phải ngồi dậy để thở, cánh mũi phập phồng ở trẻ nhỏ.
- Đau ngực bên có tràn dịch, cường độ đau phụ thuộc vào lượng dịch nhiều hay ít và tùy vào từng lứa trẻ.
- Ho: thường là ho khan, nếu có tổn thương ở phổi thì ho có đờm.

- *Triệu chứng thực thể:* có hội chứng 3 giảm ở phổi bị bệnh:

- Nhìn: Thấy hiện tượng co kéo các khoang liên sườn ở bên lành để thở bù. Ở trẻ nhỏ còn thấy hiện tượng co kéo cả các cơ bụng. Hiện tượng ngược lại ở bên có tràn dịch: các khoang liên sườn bị giãn và ít hoặc không di động theo nhịp thở.
- Sờ: Rung thanh giảm hoặc mất ở bên có tràn dịch.
- Gõ: Có thể phát hiện được vùng đục, có giới hạn là một đường Hyperbon, đỉnh cao ở đường giữa nách, điểm thấp ở sát cột sống.
- Nghe: Rì rào phế nang giảm hoặc mất ở bên có tràn dịch. Khi dịch ít có thể nghe được tiếng

cọ màng phổi hoặc các tiếng ran nổ nếu phổi có tổn thương.

Khám thực thể có thể thấy tim bị đẩy sang bên đối diện.

Chẩn đoán xác định có tràn dịch màng phổi bằng chọc dò màng phổi có dịch.

5. CẬN LÂM SÀNG

5.1. Xét nghiệm dịch màng phổi

Dịch màng phổi thường là màu vàng chanh, cũng có thể màu trong nếu bệnh nhi đến sớm. Màu đục có thể xảy ra khi tràn dịch màng phổi do ô lao bã đậu ở phổi vỡ vào màng phổi.

Vi khuẩn lao nếu tìm thấy trong dịch màng phổi là yếu tố quyết định để chẩn đoán lao màng phổi. Nhưng tỷ lệ ở nước ta chỉ tìm thấy 10 - 20% các trường hợp.

Xét nghiệm thường được sử dụng là tìm sự thay đổi về sinh hoá, tế bào của dịch màng phổi. Đối với lao, lượng protein thường hơn 30 g/lít, phản ứng Rivalta dương tính. Trong dịch màng phổi có nhiều tế bào lympho. Các xét nghiệm về men LDH (Lactic dehydrogenase), pCO_2 , pH, glucose trong dịch màng phổi, không có giá trị nhiều trong chẩn đoán nguyên nhân.

Gần đây người ta nhận thấy men ADA (Adenosin Deaminase Activity) tăng rõ rệt trong tràn dịch màng

phổi do lao. Nếu men này tăng hơn 50 đơn vị/lit thì gần như chắc chắn do lao, nhưng cũng chưa phải được tất cả các tác giả công nhận.

Hoàng Trung Tráng (1997) đã có nhận xét đáng lưu ý là nếu tỷ lệ pH dịch màng phổi trên pH máu động mạch, nhỏ hơn 1 và tỷ lệ Bilirubin toàn phần dịch màng phổi trên Bilirubin toàn phần ở huyết thanh, nhỏ hơn 1 thì có thể chẩn đoán định hướng tới tràn dịch màng phổi do lao.

5.2. Sinh thiết màng phổi bằng kim Abrams, Castelain để chẩn đoán mô bệnh tìm tổn thương đặc hiệu (nang lao) cũng là yếu tố quyết định để chẩn đoán nguyên nhân, nhưng người ta ít làm với trẻ em nhất là trẻ nhỏ.

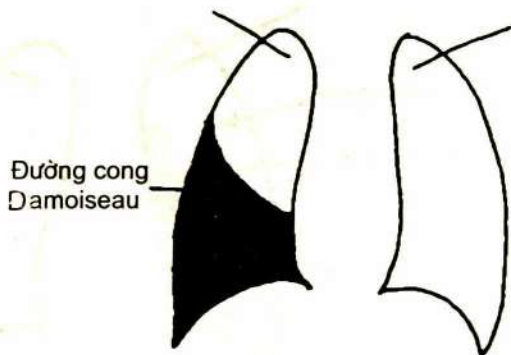
5.3. Phản ứng Tuberculin:

Đối với lao màng phổi thường dương tính mạnh, trừ khi cơ thể quá suy kiệt, nhiễm thêm virus hoặc đang dùng corticoid... phản ứng có thể âm tính.

5.4. X quang phổi chuẩn: Có các hình ảnh sau đây:

- *Hình ảnh mờ một nửa lồng ngực:* khi tràn dịch toàn bộ màng phổi một bên, các khoang liên sườn giãn rộng, tim và khí quản bị đẩy sang bên đối diện. Gan và bóng hơi dạ dày bị đẩy xuống phía dưới (tùy tràn dịch ở bên phải hay bên trái)

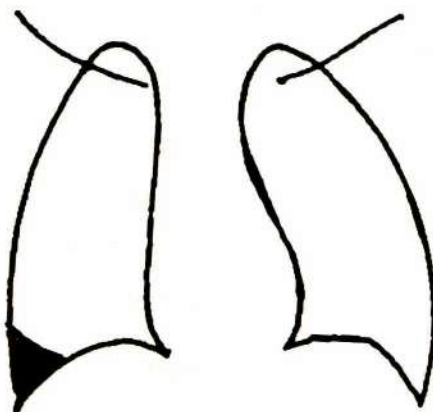
- *Đường cong Damoiseau*: Khi lượng dịch ở mức độ trung bình giới hạn là một đường cong, bề lõm quay lên trên (Hình 17).



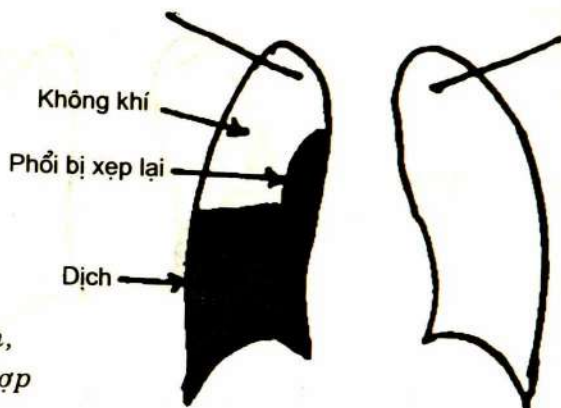
Hình 17: Đường cong Damoiseau

- *Hình mờ ở góc sườn hoành*: Khi tràn dịch ít, góc sườn hoành trở nên tù (bình thường là góc nhọn). (Hình 18).

*Hình 18:
Tràn dịch ít ở góc
sườn hoành phải*



- *Tràn dịch tràn khí phổi hợp*: giới hạn là đường nằm ngang với hình mờ ở phía dưới và hình quá sáng ở phía trên (Hình 19).



Hình 19.
Hình tràn dịch,
tràn khí phổi hợp

- *Lao màng phổi phổi hợp với tổn thương ở phổi*: Chỉ thấy tổn thương ở phổi khi tràn dịch ít hoặc trung bình. Trên X quang không thấy rõ giới hạn của tràn dịch màng phổi (do hình ảnh tổn thương ở phổi trùng với giới hạn dịch).

- *Lao màng phổi khu trú*: có thể khu trú ở trung thất, rãnh liên thùy, vòm hoành...

5.5. Xét nghiệm máu:

Kết quả xét nghiệm máu ít giá trị cho chẩn đoán lao màng phổi: tốc độ máu lắng tăng, bạch cầu bình thường hoặc tăng ít, tỷ lệ lympho tăng.

5.6. Vai trò của siêu âm

Siêu âm có ích lợi trong những trường hợp tràn dịch ít và khu trú. Siêu âm còn hướng dẫn cho việc xác định vị trí chọc dò chính xác trong các trường hợp trên đây.

6. CHẨN ĐOÁN

6.1. Chẩn đoán xác định

- Tìm thấy vi khuẩn lao trong dịch màng phổi hoặc sinh thiết màng phổi tìm thấy nang lao.

- Khi không có các yếu tố trên đây thì dựa vào:

- Triệu chứng lâm sàng: Hội chứng 3 giảm ở phổi, dịch màng phổi màu vàng chanh.
- Dịch màng phổi là dịch tiết: protein hơn 30 g/lít, Rivalta (+) có nhiều tế bào lympho.
- Phản ứng Tuberculin dương tính.
- Có tổn thương lao phổi phổi hợp.
- Có nguồn lây, trẻ chưa tiêm vaccin BCG.
- Điều trị thử thuốc lao có đáp ứng.

Các yếu tố trên đây tùy từng bệnh nhân cụ thể mà vận dụng cho thích hợp.

6.2. Chẩn đoán phân biệt

- **Tràn dịch màng phổi do vi khuẩn khác:** Dịch màng phổi là dịch mủ, có nhiều bạch cầu đa nhân thoái hoá, có vi khuẩn (tụ cầu, liên cầu, phế cầu...). Đáp ứng với điều trị kháng sinh.

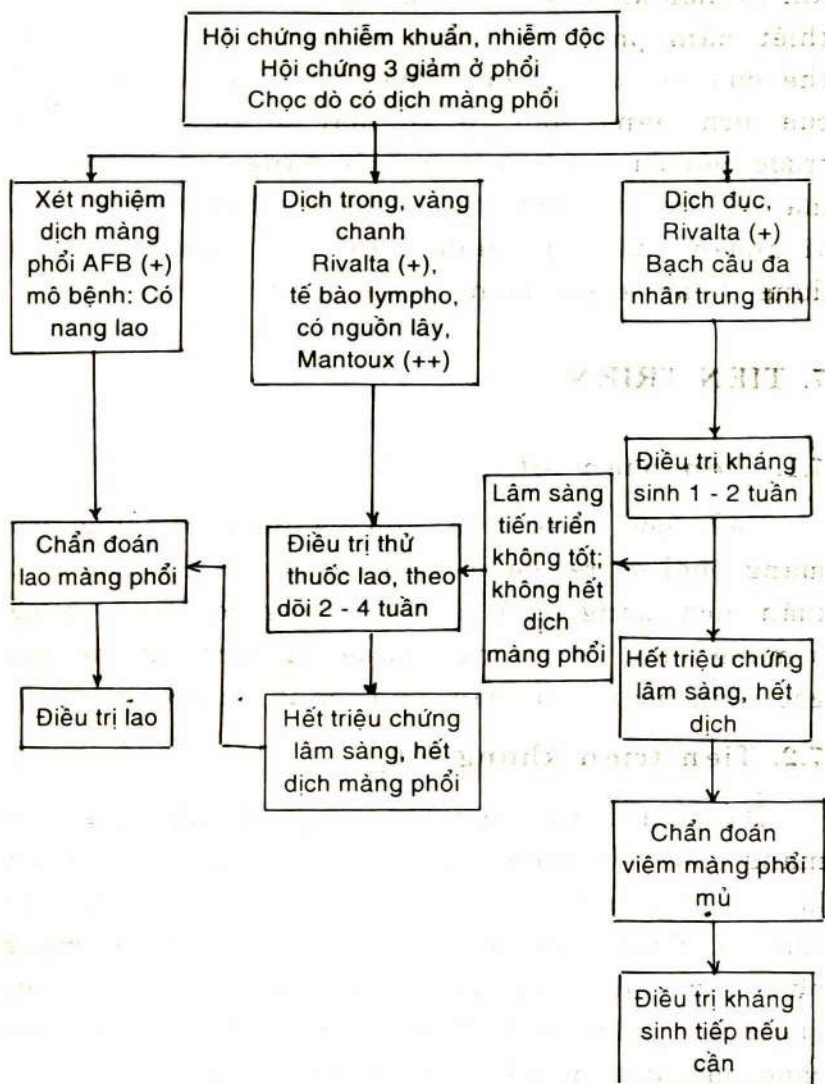
- **Tràn dịch màng phổi do virus:** Dịch ít, cũng có màu vàng chanh hoặc màu trong, nhiều tế bào lympho, diễn biến nhanh thường tự hết. Chẩn đoán xác định bằng phản ứng huyết thanh.

- **Tràn dịch màng phổi do u trung biểu mô ác tính:** Thường ít gặp ở trẻ em, dịch màu đỏ, có thể thấy tế bào ác tính trong dịch màng phổi.

- **Tràn dịch màng phổi do suy tim, do thận hư nhiễm mỡ, do thấp khớp...** Những trường hợp này thường trẻ kèm theo bệnh lý ở các bộ phận trên đây.

Trong thực tế đối với các thầy thuốc lâm sàng là trước một trường hợp tràn dịch màng phổi ở trẻ em, cần sớm có chẩn đoán nguyên nhân do lao hay do các vi khuẩn khác. Hai bệnh cảnh này có khi lâm sàng không điển hình nhưng điều trị thì lại hoàn toàn khác nhau. Sơ đồ sau đây có thể giúp hướng chẩn đoán và xử lý một cách cụ thể hơn giữa 2 loại nguyên nhân này.

Sơ đồ chẩn đoán lao màng phổi trẻ em



Sơ đồ này có thể áp dụng ở tuyến trung ương, khi có điều kiện xét nghiệm tìm vi khuẩn lao và sinh thiết màng phổi chẩn đoán mô bệnh. Nhưng cũng có thể dựa vào các triệu chứng lâm sàng và đặc điểm của dịch màng phổi, để có thái độ xử trí kịp thời trước một trường hợp tràn dịch màng phổi ở trẻ em, mà sự nhầm lẫn hay gặp là viêm màng phổi do các vi khuẩn khác. Mô hình chẩn đoán này có thể áp dụng ở các tuyến quận, huyện, tỉnh, thành phố.

7. TIẾN TRIỂN

7.1. Tiến triển tốt

Nếu được phát hiện sớm và điều trị đúng, lao màng phổi ở trẻ em có tiên lượng tốt. Chỉ sau 1- 2 tuần dịch màng phổi sẽ hết, không để lại di chứng ở màng phổi. Có trường hợp để lại di chứng nhẹ như góc sườn hoành tù (dây dính màng phổi nhẹ).

7.2. Tiến triển không tốt

Do chẩn đoán muộn hoặc chữa không đúng dịch màng phổi hết chậm (có khi hàng tháng) và hậu quả là dây dính màng phổi gây cản trở quá trình hô hấp của trẻ. Những trường hợp ổ lao ở phổi vỡ vào màng phổi gây tràn dịch màng phổi mủ do lao thì tiên lượng khó khăn hơn. Trong quá trình điều trị, nếu chọc hút dịch màng phổi không vô khuẩn làm bội nhiễm dịch màng phổi sẽ có mủ. Những trường hợp

có mủ màng phổi có thể dần dần ổ cận màng phổi thường phải giải quyết bằng ngoại khoa.

8. ĐIỀU TRỊ

8.1. Điều trị nguyên nhân (chữa lao)

Các phác đồ chữa lao trẻ em đều có thể áp dụng chữa lao màng phổi. Có thể dùng phác đồ 2RHSZ/4RH hoặc 2RHSZ/6RH. Sau khi dùng thuốc bệnh nhi sẽ hết triệu chứng lâm sàng và dịch màng phổi cũng hết nhanh chóng (từ 1 đến 2 tuần). Đã không ít trường hợp gia đình bệnh nhân tưởng đã khỏi bệnh và không cho trẻ dùng thuốc nữa. Hậu quả là trẻ trở lại với bệnh cảnh ngoài lao màng phổi, còn bị tổn thương lao ở phổi nữa. Vì vậy cho dù trẻ đã lên cân, ăn ngủ tốt, hết dịch màng phổi vẫn phải dùng thuốc đủ thời gian quy định.

8.2. Vấn đề chọc hút dịch màng phổi

Nếu như lao màng phổi ở người lớn, chọc hút dịch sớm và triệt để là yêu cầu bắt buộc, thì đối với trẻ em vấn đề không đặt ra chặt chẽ như vậy. Ở trẻ em khả năng hấp thu dịch rất tốt, cho nên chỉ cần chọc hút để trẻ không còn khó thở, với thuốc lao được điều trị dịch màng phổi sẽ tự hấp thụ được. Tuy nhiên, cũng phải theo dõi chặt chẽ những trường hợp dịch lâu hết, cần phải chọc hút để giúp phổi nở ra nhanh chóng.

Những trường hợp có mủ màng phổi cần chọc hút và có thể phải mở màng phổi tối thiểu để dẫn lưu mủ và rửa hàng ngày bằng huyết thanh mặn đẳng trương (9‰).

8.3. Chống dây dính màng phổi bằng corticoid

Thường dùng prednison 1 - 3 mg/kg/24 giờ, phải giảm liều dần theo nguyên tắc sử dụng corticoid. Corticoid cần phải cho ngay từ đầu, bởi vì tác dụng của nó bị hạn chế khi màng phổi đã bị dây dính. Cũng xin chú ý là corticoid phải được dùng đồng thời với thuốc chống lao. Thời gian trung bình dùng từ 4 đến 6 tuần.

8.4. Vận động biện pháp để phục hồi chức năng hô hấp

Cần hướng dẫn cho trẻ tập thở sớm khi lượng dịch giảm dần, giúp phổi nở chiếm lại vị trí bình thường của nó trong chu kỳ hô hấp. Điều này rất quan trọng để chống di chứng dây dính màng phổi.

8.5. Điều trị ngoại khoa:

Không đặt ra với lao màng phổi trẻ em. Trừ những trường hợp ổ cận màng phổi hoặc dây dính toàn bộ màng phổi ảnh hưởng tới chức năng hô hấp, nhưng cũng cần cân nhắc thận trọng.

9. PHÒNG BỆNH

- Phát hiện và điều trị giải quyết nguồn lây (lao phổi ở người lớn).

- Tiêm phòng vaccin BCG cho trẻ em.

- Điều trị tốt lao sơ nhiễm, lao phổi.

- Phát hiện và chữa kịp thời lao màng phổi ở trẻ em, cần vô khuẩn tốt tránh gây bội nhiễm khi chọc hút dịch màng phổi để biến một tràn dịch thanh tơ do lao thành một viêm màng phổi mủ - khó chữa, nhiều di chứng.

Những điểm cần nhớ đối với lao màng phổi trẻ em

- Lao màng phổi là thể lao thứ phát, thường sau lao sơ nhiễm, lao phổi.

- Lao màng phổi ở trẻ em thường biểu hiện lâm sàng rầm rộ: sốt cao rét run, mạch nhanh, HA hạ, nước tiểu ít.

- Thể bệnh chủ yếu là tràn dịch thanh tơ: dễ chữa bằng thuốc lao nhưng cần phát hiện sớm.

- Chẩn đoán xác định dựa vào tìm thấy vi khuẩn lao trong dịch màng phổi hoặc sinh thiết màng phổi có nang lao. Nhưng thực tế khó áp dụng các tiêu chuẩn này, mà thường dựa vào lâm sàng, dịch vàng chanh, Rivalta (+) có nhiều lympho trong dịch màng phổi, phản ứng Mantoux dương tính, kể cả điều trị thử lao để chẩn đoán.

- Điều trị lao màng phổi trẻ em giống như ở người lớn, nhưng khác là việc chọc hút dẫn lưu dịch màng phổi không cần triệt để vì khả năng hấp thu dịch của trẻ em rất tốt.

- Dưới tác dụng của thuốc lao, các triệu chứng lâm sàng và dịch màng phổi sẽ hết rất nhanh, nhưng vẫn phải điều trị đủ thời gian đối với các phác đồ chữa lao.

- Phát hiện bệnh sớm và chữa đúng đắn lao màng phổi trẻ em thường khỏi hoàn toàn.

LAO XƯƠNG KHỚP

1. ĐẠI CƯƠNG

Lao xương khớp vẫn là một thể lao còn khá phổ biến ở trẻ em. Theo thống kê của Viện lao - Bệnh phổi tỷ lệ là 13% so với 87% ở người lớn. Nhưng điều quan trọng là ở trẻ em, hệ thống xương khớp đang phát triển, khi bị tổn thương lao đã làm ngừng trệ, phá huỷ, biến dạng xương khớp làm thay đổi hình dáng đứa trẻ (gù, vẹo...), giảm hoặc mất khả năng lao động và học tập sau này. Lao xương khớp cũng là thể lao thứ phát, từ tổn thương tiên phát (thường là ở phổi), vi khuẩn lan theo đường máu tới xương hoặc bao hoạt dịch khớp gây bệnh. Thời gian trung bình của lao xương khớp xảy ra sau sơ nhiễm từ 1 đến 5 năm.

Lao xương khớp có thể gặp ở tất cả các vị trí, nhưng hay gặp nhất là lao cột sống, sau đó là khớp háng, khớp gối và khớp cổ chân, các khớp khác ít gặp hơn. Hiện nay ở nước ta, cũng như nhiều nước đang phát triển đa số bệnh nhân được chẩn đoán muộn, vì vậy kết quả điều trị rất hạn chế.

2. DIỄN BIẾN TỰ NHIÊN CỦA LAO XƯƠNG KHỚP Ở TRẺ EM (KHÔNG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ).

Tổn thương diễn biến qua 3 giai đoạn (kéo dài 3 - 5 năm).

2.1. Giai đoạn thứ nhất

Tổn thương xuất hiện ở bao hoạt dịch (phần bám vào xương) hoặc ở xương sát với mặt khớp. Tổn thương là một vùng hoại tử nhỏ, xung quanh mất chất vôi. Bao hoạt dịch vẫn không thay đổi. Thời gian này có thể kéo dài hàng tháng, thậm chí nhiều tháng.

Trên X quang chưa có thay đổi (có thể nhìn thấy rõ được), triệu chứng lâm sàng càng nghèo nàn và không đặc hiệu, vì vậy hầu như không chẩn đoán được bệnh ở giai đoạn này.

2.2. Giai đoạn thứ hai: là thời kỳ tổn thương huỷ hoại

Sụn khớp bị phá huỷ, tổn thương bao hoạt dịch, dây chằng, mũ bã đậu hình thành ổ áp xe tại ổ khớp hoặc lan ra xung quanh, tùy theo cấu trúc giải phẫu từng xương khớp mà ổ áp xe có thể lan đi xa hoặc tại chỗ.

Đầu xương giáp với ổ khớp cũng bị phá huỷ, giai đoạn này thường có các triệu chứng lâm sàng rõ và X quang thấy khe khớp bị hẹp, đầu xương bị phá huỷ (mất chất vôi), kèm theo ổ áp xe lạnh. Trước khi có

thuốc lao tổn thương lan rộng tạo thành lỗ dò ở xương khớp, bội nhiễm và suy kiệt có thể tử vong. Hiện nay trẻ em nước ta hầu hết được chẩn đoán bệnh ở giai đoạn này.

2.3. Giai đoạn hồi phục

Nếu trẻ qua được giai đoạn trên đây thì tự hồi phục (sau 2 - 3 năm), thể trạng bệnh nhi tốt dần lên, ổ áp xe xẹp lại, lỗ dò liền sẹo. X quang thấy lắng chất vôi ở ổ khớp, xương. Có 2 hiện tượng có thể có ở giai đoạn này.

- Hiện tượng dính liền xương (không còn ổ khớp) trước đây người ta coi là diễn biến tương đối tốt vì không còn ổ khớp tức là hiện tượng viêm ổ khớp tái phát ít xảy ra và khớp không bị biến dạng (tuy chỉ bị ngắn chút ít so với bên lành).

- Xơ hoá phần mềm quanh khớp: Diễn biến này không tốt bằng diễn biến trên vì nguy cơ biến dạng ổ khớp và tái phát bệnh nhiều hơn.

3. MỘT SỐ THỂ LAO XƯƠNG KHỚP HAY GẶP Ở TRẺ EM

3.1. Lao cột sống

3.1.1. Vị trí: Nghiên cứu của đề tài cấp nhà nước (KY01-16) cho biết vị trí tổn thương trong lao cột sống trẻ em gặp nhiều nhất là cột sống lưng (42%),

sau đến cột sống thắt lưng (35,5%). Lao cột sống cổ ít gặp ở người lớn (5%), nhưng gặp nhiều ở trẻ em (22,6%).

3.1.2. *Triệu chứng lâm sàng* rất phong phú và đa dạng nhưng có 4 dấu hiệu thường gặp trong lao cột sống là:

- *Đau cột sống vùng tổn thương*: Tất cả bệnh nhi đều có triệu chứng này, trừ các cháu quá nhỏ chưa biết nói, nhưng biểu hiện quấy khóc nhiều. Vì đau nên trẻ có một số động tác bất thường: khi quay đầu phải quay cả 2 vai (đối với tổn thương cột sống cổ), khi cúi phải dùng hai tay chống vào gai hông hoặc mặt trước đùi (đối với tổn thương cột sống lưng, thắt lưng). Dấu hiệu đau giảm khi được nghỉ ngơi (buổi chiều đau hơn buổi sáng).

- *Hạn chế vận động cột sống*: Trẻ "ngại" các động tác quay, cúi, vận động của các chi bị hạn chế (tùy theo vị trí đốt sống bị tổn thương), thậm chí có thể bị liệt do chèn ép tuỷ.

- *Biến dạng cột sống*: Do đặc điểm tổn thương lao thường phá huỷ thân đốt sống ở phía trước, làm sụp đốt sống về phía trước và lồi ở phía lưng. Biến dạng nhẹ tương đối kín đáo, chỉ có một gai của đốt sống lồi ra phía sau (khi khám lấy ngón tay miết vào các gai sống dọc theo cột sống sẽ phát hiện được). Những trường hợp đến muộn thì nhìn thấy trẻ gù rõ

ràng: độ gù có bán kính ngắn. Gù cột sống kèm liệt hai chi dưới là hai dấu hiệu quan trọng của lao cột sống mà Pott đã mô tả từ lâu. Khi bệnh nhi có liệt là bệnh đã ở giai đoạn quá muộn.

- *Diễn biến của bệnh kéo dài và âm ỉ*: sốt nhẹ, đau dai dẳng, hầu như ít khi có sốt cao và không có những biểu hiện xung, nóng, đỏ đau tại tổn thương (trừ khi có áp xe lạnh sắp dò hoặc bội nhiễm).

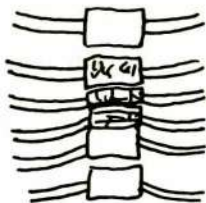
3.1.3. Cận lâm sàng:

- Chụp X quang cột sống (thẳng và nghiêng):

Tổn thương lao cột sống phần lớn (60 - 70%) là tổn thương 2 đốt sống. Đối với trẻ em ít có hình ảnh hẹp khe liên đốt đơn thuần (hay gặp dấu hiệu này ở người lớn), mà cả hình ảnh phá huỷ đốt sống. Tổn thương 2, 3 đốt sống (phá huỷ xương) cùng với khe liên đốt hẹp hoặc mất, làm các đốt sống sát nhau hoặc chồng lên nhau, đầu sau của các xương sườn bị rúm lại, đó là hình ảnh chân nhện (trên phim thẳng) của lao cột sống. Trên phim nghiêng các đốt sống bị phá huỷ ở phía trước nhiều hơn, khiến đốt sống giống hình một cái nêm ra phía trước.

Góc được tạo bởi 2 mặt phẳng, mặt trên của đốt sống dưới và mặt dưới của đốt sống trên đốt sống bị lao gọi là góc Konstam - Blerovsky (Hình 22). Góc này đánh giá độ gù của cột sống.

Trên X quang đối với các đốt sống lưng đôi khi còn thấy hình ảnh áp xe lạnh, đó là đám mờ hình thoi tại nơi tổn thương. Khi thấy hình ảnh này thì gần như chắc chắn là lao cột sống.



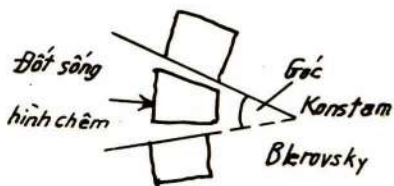
Hình 20:

Các xương sườn bị rúm lại (hình chân nhện) trong lao cột sống lưng.



Hình 21

Lao cột sống hình ảnh áp xe lạnh (đám mờ hình thoi tại tổn thương)



Hình 22

Hình chêm và góc Konstam Blerovsky.

- Phản ứng Mantoux, trong lao cột sống: phản ứng Mantoux thường là dương tính, chỉ trừ trẻ suy dinh dưỡng hoặc đang bị bệnh virus phối hợp. Theo đề tài KY01-16, có đến 64% trẻ lao cột sống có phản ứng Mantoux dương tính mạnh.

- Sinh thiết cột sống chẩn đoán mô bệnh hoặc tìm vi khuẩn trong tổn thương, kỹ thuật này không đơn giản nhất là đối với trẻ nhỏ, tuy đây là tiêu chuẩn vàng (gold standard) để chẩn đoán, song khó thực hiện trong thực tế.

- Tìm vi khuẩn lao trong ổ mủ áp xe lạnh: Tỷ lệ dương tính khoảng 30%, nhưng thường có áp xe lạnh thì lâm sàng và X quang đã có thể chẩn đoán được. Mặt khác khi có áp xe lạnh thì bệnh thường muộn. Song cũng cần thiết cho những trường hợp lao cột sống mà áp xe lạnh lại di chuyển xuống vùng mông hoặc hố chậu, trong khi tại vị trí tổn thương triệu chứng không rõ rệt. Những trường hợp như vậy cần chọc hút tìm vi khuẩn tại ổ áp xe lạnh.

- Xét nghiệm máu: Các thay đổi trong máu không đặc hiệu, có thể thấy tỷ lệ bạch cầu lympho cao, tốc độ máu lắng tăng.

3.1.4. Chẩn đoán: (Các tiêu chuẩn chẩn đoán do đề tài cấp nhà nước nghiên cứu lao trẻ em đề ra).

- Có 5 tiêu chuẩn chính:

- Đau ở vị trí cột sống tổn thương.
- Hạn chế vận động cột sống.
- Phản ứng Mantoux dương tính.
- X quang cột sống: tổn thương ở khe liên đốt.
- Bệnh diễn biến kéo dài (từ 2 tháng trở lên).

- *Có 3 tiêu chuẩn phụ:*

- Có nguồn lây lao.
- Chưa tiêm vaccin BCG.
- Tổn thương trên X quang 2 đốt sống.

Những trường hợp sau đây là chẩn đoán muện:

- Có biến dạng cột sống: gù, vẹo.
- Có hội chứng ép tuỷ.
- Có áp xe lạnh (tại chỗ hay di xa)
- X quang: phá huỷ các đốt sống có mảnh xương chết và cầu xương.

Chẩn đoán phân biệt:

- Bệnh bại liệt ở trẻ em: gây liệt 2 chi dưới hoặc liệt cả chân tay (xin xem phần chẩn đoán phân biệt lao màng não).

- Gù, vẹo cột sống do tư thế: Hay gặp ở trẻ em đã đi học, trẻ không có triệu chứng nhiễm khuẩn. Gù, vẹo xuất hiện từ từ, thường bị nhiều đốt sống.

3.1.5. Tiến triển và biến chứng:

Tiến triển tốt: Tiến triển tốt chỉ xảy ra khi trẻ được phát hiện sớm, khi tổn thương chưa phá hủy nhiều đốt sống, mà mới chỉ khu trú ở khe liên đốt.

Dưới tác dụng của thuốc lao, trẻ giảm đau và hết đau, X quang cột sống thấy hình khe liên đốt rõ dần và cuối cùng có thể đọng nhiều calci ở màng xương.

Tiến triển không tốt do chẩn đoán muộn:

- Trẻ đã bị gù, vẹo, lệch cột sống: Điều trị tổn thương có thể ổn định, nhưng hình dáng trẻ khó thay đổi, đòi hỏi điều trị chỉnh hình.

- Các biến chứng có thể xảy ra:

- Áp xe lạnh nhuễn hoá, dò tại chỗ hoặc di chuyển xuống hố chậu, vùng đùi, mông. Tuy từng trường hợp có thể kết hợp dẫn lưu mủ hoặc chỉ định điều trị ngoại khoa.
- Liệt 2 chi dưới do áp xe lạnh chèn ép tuỷ hoặc do mảnh xương chết chèn ép. Cần can thiệp ngoại khoa khi điều trị nội khoa không có kết quả.

3.1.6. Điều trị:

- *Điều trị thuốc lao:* Hiện nay thường dùng phác đồ 3RHZ/6RH, nghĩa là thời gian dùng thuốc phải kéo dài 9 tháng. Trong 3 tháng đầu dùng 3 loại thuốc RHZ và 6 tháng sau dùng 2 loại là RH.

- *Vấn đề bó bột*: Trước đây là bắt buộc đối với lao cột sống. Nhưng quan điểm hiện nay đã thay đổi vì có nhiều thuốc chữa lao tốt. Song cũng cần bắt động tương đối: Đối với trẻ lớn cho bệnh nhi nằm trên giường cứng phẳng, tỳ trực tiếp điểm gù lên mặt giường. Mục đích là dùng sức nặng của cơ thể ở 2 phía điểm gù đè xuống, gù sẽ giảm nhiều. Đối với trẻ nhỏ (thường dưới 2 tuổi) chưa tuân theo sự chỉ bảo của người lớn cũng có thể cố định tương đối bằng máng bột cột sống.

- *Điều trị phẫu thuật*: Chỉ định phẫu thuật chỉ đặt ra khi điều trị nội khoa không có kết quả cho những trường hợp liệt 2 chi dưới (*thường sau 3 tháng dùng thuốc không có kết quả*) hoặc những trường hợp áp xe lạnh to ở vùng cột sống lưng đe dọa phá dò, cần mở rộng áp xe, nạo mủ, lấy xương chết... Tất nhiên điều trị ngoại khoa chỉ là một khâu trong quá trình điều trị lao cột sống.

3.2. Lao khớp háng và lao khớp gối

3.2.1. Triệu chứng lâm sàng:

- Đặc điểm chung cho cả 2 khớp là tổn thương hầu hết là 1 bên khớp.

- Có 4 dấu hiệu lâm sàng là:

- Đau ở khớp bị tổn thương: Đau âm ỉ và kéo dài, dấu hiệu này dễ phân biệt với các bệnh

viêm khớp cấp tính, vì đau mà trẻ có thể biểu hiện tập tễnh.

- Hạn chế vận động: Đối với khớp háng các động tác gấp, khép đùi xoay khớp đều khó vận động, trẻ không ngồi xổm được. Đối với khớp gối trẻ "sợ" động tác gấp duỗi cẳng chân.
- Sưng và biến dạng khớp: Điều này dễ nhận thấy đối với khớp gối, còn đối với khớp háng thường kín đáo, có thể thấy phần mềm nơi vị trí khớp phù nề nhẹ.
- Bệnh diễn biến kéo dài hàng tháng, thậm chí nhiều tháng, có thể đã được chẩn đoán điều trị các bệnh khớp khác mà không khỏi.

3.3.2. Cận lâm sàng:

- Chụp X quang ổ khớp (thẳng, nghiêng): Một thuận lợi của 2 khớp này là có khớp lành để so sánh. Vì vậy cần chụp cả khớp đối diện.

- Đối với khớp háng: Tổn thương gặp nhiều nhất là ở ổ khớp và chỏm xương đùi, khe khớp bị hẹp nham nhở (80 - 90%).
- Đối với khớp gối: Bao khớp bị dày lên, khe khớp bị hẹp lại, phần mềm sưng tấy...

- Phản ứng Mantoux: Hầu hết là dương tính, thậm chí dương tính mạnh. Đây là một xét nghiệm có thể tiến hành ở các cơ sở y tế. Kết quả của phản ứng

có thể giúp định hướng chẩn đoán, khi không có điều kiện thực hiện các xét nghiệm khác.

- Chọc dò, sinh thiết ổ khớp: Đây là thủ thuật đòi hỏi vô khuẩn tuyệt đối. Trong thực tế ít tiến hành kỹ thuật này ở trẻ em với khớp háng, có thể tiến hành với khớp gối, nhất là khi có tràn dịch ổ khớp vì khớp gối ở nông dễ tiến hành thủ thuật.

3.2.4. Chẩn đoán:

Chẩn đoán xác định: Khi tìm thấy vi khuẩn lao tại tổn thương hoặc tổn thương đặc hiệu (nang lao) qua sinh thiết. Trong thực tế có thể vận dụng các dấu hiệu sau đây:

- Tổn thương 1 bên khớp.
- Đau và hạn chế vận động các khớp.
- Phản ứng Mantoux dương tính.
- Bệnh diễn biến từ từ, kéo dài.
- X quang: chỏm xương nham nhở, khe khớp hẹp, mờ. Nên nghĩ đến bệnh lao sau khi loại bệnh viêm khớp cấp tính (do các vi khuẩn ngoài lao).

Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm khớp cấp: Các triệu chứng biểu hiện rầm rộ: sốt cao, sưng, nóng, đỏ, đau tại ổ khớp. Trong máu bạch cầu cao, có nhiều bạch cầu đa nhân trung tính. Bệnh diễn biến nhanh.

- Thấp khớp cấp: Đau từng đợt, di chuyển từ khớp này sang khớp khác, có thể có tổn thương ở tim.

3.2.5. Điều trị:

- Điều trị nội khoa là chủ yếu.
- Phác đồ chữa giống như chữa lao cột sống.
- Can thiệp ngoại khoa chỉ đặt ra khi có các ổ áp xe lạnh sắp bị dò: Dẫn lưu, mở rộng ổ áp xe, nạo vét xương chết.
- Phẫu thuật chỉnh hình: Sửa lại khớp, thay khớp... chưa thực hiện nhiều ở nước ta.

Một số điểm cần nhớ đối với lao xương khớp trẻ em

- Lao xương khớp thường xảy ra từ 1 đến 5 năm sau sơ nhiễm.
- Vị trí bị bệnh hay gặp nhất là lao cột sống, sau đến khớp háng, khớp gối, các khớp khác rất ít gặp.
- Triệu chứng lâm sàng: Đau và hạn chế vận động là những dấu hiệu thường có của bệnh. Cần nghĩ đến lao xương khớp để làm thêm phản ứng Mantoux, nếu phản ứng dương tính đặc biệt là dương tính mạnh, có nguồn lây thì có thể nghi lao xương khớp chuyển tới cơ sở có điều kiện xác chẩn, hoặc chữa thử thuốc lao (sau khi đã loại bệnh viêm khớp cấp) và theo dõi.
- Lao xương khớp khi đã có biến dạng (gù, vẹo cột sống...) hoặc liệt 2 chi dưới là bệnh đã quá muộn. Những trường hợp liệt chưa nội khoa không kết quả cần chuyển tới cơ sở có điều kiện để có thể phẫu thuật.
- Điều trị lao xương khớp theo phác đồ 3RHZ/6RH.

LAO HẠCH

1. ĐẠI CƯƠNG

Lao hạch là một thể lao ngoài phổi còn khá phổ biến ở trẻ em. Theo thống kê của Viện lao - Bệnh phổi, lao hạch chiếm vị trí thứ 3, sau lao sơ nhiễm và lao màng não. Lao hạch trẻ em chiếm 1/3 tổng số bệnh nhân lao hạch ở mọi lứa tuổi. Nữ bị nhiều hơn nam. Vi khuẩn lao từ tổn thương tiên phát (thường là ở phổi) lan theo đường máu và bạch huyết tới hạch gây tổn thương. Vi khuẩn gây bệnh chủ yếu là vi khuẩn lao người. Các trực khuẩn kháng cồn, kháng toan không điển hình ngày càng được nêu lên là nguyên nhân gây lao hạch nhất là gây tổn thương hạch ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS.

2. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

2.1. Vị trí hạch

Tổn thương hay gặp là các hạch ở cổ (50 - 70%), trong đó nhóm hạch gặp nhiều nhất là hạch dọc cơ ức đòn chũm. Ngoài ra các hạch ở nách, bẹn cũng có thể bị lao. Đối với trẻ nhiễm thêm HIV/AIDS thì hạch có thể ở toàn thân.

2.2. Đại thể

Tổn thương thường là nhiều hạch, kích thước các hạch không đều nhau (đường kính trung bình 1- 2 cm), mật độ hơi chắc. Hạch có thể dính vào da thành một mảng. Khi trẻ đến muộn, hạch đã nhuyễn hoá, mật độ mềm, hoặc đã dò để lại sẹo nhẵn nhúm, bờ không đều.

2.3. Vi thể

Ở giai đoạn sớm có nang lao điển hình (hoại tử bã đậu ở giữa rồi đến tế bào Langhans, tế bào bán liên, các lympho và vỏ xơ bao bọc). Tỷ lệ tìm thấy vi khuẩn lao trong hạch rất thấp. Đối với lao hạch ở trẻ em, tổn thương hay gặp nhất là hoại tử bã đậu.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

3.1. Triệu chứng toàn thân

Trẻ thường sốt nhẹ về buổi chiều, tối, mệt mỏi, hay quấy khóc, ăn kém, ra mồ hôi về ban đêm. Riêng đối với thể u hạch lao trẻ có thể sốt cao.

3.2. Đặc điểm của hạch lao

Hạch xuất hiện tự nhiên, trẻ thường không rõ hạch to từ lúc nào. Những người trong gia đình (thường là bố mẹ) nhìn thấy các hạch. Hạch to nhỏ

không đều, thường là không đau, mặt độ hơi chắc, mặt nhẵn, giới hạn rõ. Khi hạch nhuyễn hoá có thể dính vào nhau và dính vào tổ chức xung quanh làm cho hạch kém di động. Có thể nói nếu trẻ đến sớm thì đặc điểm của hạch lao là không ảnh hưởng tới màu sắc và nhiệt độ của da. Ở giai đoạn muộn, khi hạch đã nhuyễn hoá, chuẩn bị dò thì vùng da có hạch đỏ lên, nếu phối hợp với bội nhiễm thì hạch sưng, nóng đỏ, đau nhiều. Đối với lỗ dò của lao hạch bờ không đều, khi các chất bã đậu đã chảy hết, miệng lỗ dò khô lại, tạo thành sẹo nhăn nhúm (nhân dân thường gọi là trảng hạt). Thể u hạch lao chỉ có một hạch, hạch to, mặt độ chắc, nhưng hạch không có góc, cạnh, ít khi nhuyễn hoá. Thể này đôi khi cần phân biệt với các bệnh hạch ác tính.

3.3. Tổn thương lao phối hợp

Như trên đã trình bày, lao hạch là tổn thương thứ phát, vì vậy đối với trẻ em, cần phải thăm khám toàn diện để phát hiện các tổn thương phối hợp như lao sơ nhiễm, lao xương khớp, lao màng não... Khi có tổn thương lao ở các bộ phận khác cùng với đặc điểm của tổn thương hạch như đã nêu trên, mà không có điều kiện chọc dò, sinh thiết hạch, thì nên nghĩ đến lao hạch.

4. CÁC XÉT NGHIỆM CẬN LÂM SÀNG

4.1. Chọc dò, sinh thiết hạch

Đây là xét nghiệm có giá trị quyết định chẩn đoán lao hạch. Chọc dò là thủ thuật đơn giản, có thể làm được ở nhiều cơ sở y tế để chẩn đoán tế bào học. Sinh thiết hạch phức tạp hơn để chẩn đoán mô bệnh học, khi có điều kiện. Những trường hợp hạch đã nhuyễn hoá thì ít khi tìm thấy vi khuẩn lao, cũng như những nang lao điển hình, mà sự hiện diện của chất bã đậu cũng được coi là yếu tố quyết định chẩn đoán đối với lao hạch ở trẻ em.

4.2. Phản ứng da với Tuberculin

Đối với trẻ không suy dinh dưỡng hoặc không mắc các bệnh do virus, thường phản ứng Tuberculin dương tính, thậm chí dương tính mạnh, có khi có bọt nước. Đối với trẻ em, thực tế lâm sàng cho thấy đây là một dấu hiệu quan trọng, góp phần cho chẩn đoán khi không có điều kiện chọc dò, sinh thiết hạch.

4.3. Chụp X quang phổi

Nhằm phát hiện tổn thương lao sơ nhiễm, lao phổi hoặc lao màng phổi kết hợp.

4.4. Xét nghiệm máu

Số lượng hồng cầu bình thường hoặc giảm nhẹ, số lượng bạch cầu không tăng, trong công thức bạch cầu tỷ lệ tế bào lympho tăng.

Xét nghiệm miễn dịch cũng có vai trò trong chẩn đoán phân biệt lao hạch với hạch do các nguyên nhân khác. Xét nghiệm hay dùng là phản ứng chuyển dạng lympho bào và phản ứng ức chế di tản đại thực bào. Khi tiêm 50 đơn vị Tuberculin (dưới da), nếu là hạch lao phản ứng chuyển dạng tăng 70 - 80% và phản ứng ức chế di tản đại thực bào cũng tăng 80 - 90%.

5. CÁC THỂ LÂM SÀNG

5.1. Lao hạch bã đậu: Tổn thương nhiều hạch, đây là thể lao hạch điển hình như đã mô tả trên đây.

5.2. Thể u hạch lao: Một hạch đơn độc, chắc, không đau, ít khi nhuyễn hoá.

5.3. Lao hạch ở bệnh nhi HIV/AIDS: Nhiều hạch ở toàn thân, dễ có bội nhiễm, cơ thể suy sụp nhanh, phản ứng Tuberculin thường âm tính.

5.4. Lao hạch phối hợp, lao hạch phối hợp với lao các bộ phận khác: lao sơ nhiễm, lao phổi (ở trẻ lớn), lao các màng, lao xương khớp... Ngoài triệu chứng lao hạch, còn biểu hiện tổn thương lao các bộ phận khác.

6. TIẾN TRIỂN

Nếu không được phát hiện hoặc phát hiện muộn, hạch lao sẽ tiến triển "tự nhiên". Tức là từ hạch viêm, dần dần nhuyễn hoá rồi dò để lại các sẹo xấu

xí ảnh hưởng tới thẩm mỹ. Bệnh có thể tạm lui, nhưng sẽ tái phát từng đợt với các hạch mới xuất hiện. Nếu bệnh được phát hiện sớm, chữa kịp thời thì hạch nhỏ lại, mất hoàn toàn hoặc xơ hoá, vôi hoá. Nhưng cũng không phải ít gặp những trường hợp do phát hiện muộn, mặc dù được dùng thuốc, hạch vẫn tiến triển đến nhuyễn hoá và dò. Có khi đang trong thời gian dùng thuốc lại xuất hiện thêm các hạch mới. Vì vậy điều trị lao hạch cũng cần phải theo dõi chặt chẽ, để có những biện pháp điều trị kết hợp khi cần thiết.

7. CHẨN ĐOÁN

7.1. Chẩn đoán xác định: Dựa vào các yếu tố sau:

- Triệu chứng lâm sàng: Vị trí, đặc điểm và tiến triển của hạch có giá trị gợi ý chẩn đoán.

- Yếu tố quyết định là chọc dò, sinh thiết hạch để tìm vi khuẩn lao hoặc chẩn đoán tế bào, mô bệnh học.

- Khi không có điều kiện chẩn đoán tế bào, mô bệnh thì cần kết hợp với phản ứng Tuberculin, X quang phổi, tổn thương lao ở các bộ phận khác, cùng các yếu tố khác như có nguồn lây, trẻ chưa được tiêm phòng lao.

- Điều trị thử thuốc lao có thể cho phép, khi đã loại trừ hạch viêm do các vi khuẩn ngoài lao, trước

khi nghĩ đến các bệnh hạch ác tính (nếu không có điều kiện làm sinh thiết hạch).

7.2. Chẩn đoán phân biệt

- *Phản ứng hạch do nhiễm khuẩn tai mũi họng*

Đây là điều trước tiên cần lưu ý, vì ở trẻ em khi nhiễm khuẩn tai mũi họng, có thể có phản ứng hạch ở vùng cổ (các hạch dưới hàm, hạch dọc cơ ức đòn chũm...). Cần phải kiểm tra các ổ nhiễm khuẩn ở tai mũi họng, nếu có, phải điều trị kháng sinh, các hạch phản ứng sẽ nhỏ lại cùng với nhiễm khuẩn tai mũi họng bị loại bỏ.

- *Viêm hạch do tạp khuẩn*: Lâm sàng biểu hiện rầm rộ, hạch sưng nóng, đỏ và đau. Trẻ sốt cao, số lượng bạch cầu tăng, trong đó nhiều bạch cầu đa nhân trung tính. Chọc dò hạch có nhiều mủ, có nhiều bạch cầu đa nhân trung tính thoái hoá. Nuôi cấy mủ thấy có vi khuẩn gây bệnh.

- *Viêm hạch do siêu vi khuẩn (virus)*: Thường do adenovirus, bệnh thường có dịch, hay kèm đau mắt đỏ (viêm kết mạc). Hạch nhỏ, ít đau, diễn biến nhanh, chọc dò không có tổn thương lao.

- *Hạch trong một số bệnh ác tính*:

+ Ung thư hạch tiên phát hoặc thứ phát: Hạch cứng, mặt không nhẵn, chắc, không di động. Có thể

có triệu chứng của ung thư ở các bộ phận khác, chẩn đoán xác định bằng sinh thiết hạch.

+ Leucose cấp (lơ-xê-mi cấp): sốt cao, hạch ở mọi nơi, thiếu máu, lở loét ở miệng, xuất huyết. Chẩn đoán xác định bằng huyết đồ, tuỷ đồ.

+ Hạch trong bệnh Hodgkin: Thường hạch ở thượng đòn, có thể có nhiều hạch. Ngoài hạch to còn biểu hiện ngứa, phản ứng Mantoux âm tính. Sinh thiết hạch sẽ chẩn đoán xác định được.

8. ĐIỀU TRỊ

Điều trị lao hạch cũng phải tuân theo những nguyên tắc của điều trị bệnh lao nói chung. Các phác đồ chữa lao cho trẻ em đều có thể áp dụng chữa lao hạch (2RHZ/4RH hoặc 2RHZ/6RH). Nhưng do vị trí và đặc điểm tổn thương tại hạch, cho nên kết quả chữa thường không nhanh chóng như các thể lao khác. Có thể nói nếu chỉ là lao hạch đơn thuần thì không hề nguy hiểm đến tính mạng của bệnh nhi và đã có những quan niệm cho đây là một thể lao nhẹ. Nhưng với những thầy thuốc chuyên khoa thì điều trị lao hạch không đơn giản. Thời gian dùng thuốc kéo dài bao lâu là đủ để tránh tái phát cũng còn là vấn đề đặt ra cần nghiên cứu. Hiện nay chúng ta áp dụng phác đồ chữa lao chung cho điều trị lao hạch là đúng,

nhưng có lẽ chưa đủ, bởi có những khía cạnh riêng của tổn thương hạch cần được chú ý.

Điều trị ngoại khoa được kết hợp khi hạch đã nhuyễn hoá (vùng da có hạch đã đỏ lên) hạch mềm, lúc này cần chủ động trích dẫn lưu chất bã đậu để tránh vết sẹo xấu. Sau khi trích rạch nạo hết tổ chức bã đậu thì kết hợp điều trị tại chỗ: Rắc bột Isoniazid hoặc dung dịch Rifampicin 1% hàng ngày hoặc cách ngày tùy theo tình trạng tổn thương. Sau đó khi vết thương đã bớt mủ có thể dùng thuốc tại chỗ tuần 1 - 2 lần đến khi vết thương khô và lên sẹo. Những trường hợp hạch đã dò nhưng mủ chưa ra hết, cũng có thể trích rạch mở rộng để nạo vét hết mủ và kết hợp dùng thuốc tại chỗ như trên.

Hiện nay một số tác giả chủ trương kết hợp mổ lấy hạch sớm sau khi dùng thuốc nửa tháng đến 1 tháng, nhất là các trường hợp hạch to. Kết quả cho thấy khi kết hợp với điều trị ngoại khoa sớm sẽ rút ngắn được thời gian chữa bệnh (có thể dùng các phác đồ ngắn hạn) và kết quả khỏi bệnh tốt hơn, ít tái phát. Sử dụng corticoid điều trị lao hạch trẻ em, các ý kiến chưa thống nhất.

Người ta cho rằng, chỉ dùng corticoid kết hợp khi hạch biểu hiện viêm quá mạnh (với tác dụng chống viêm của corticoid).

9. PHÒNG BỆNH

Giải quyết nguồn lây (bệnh nhân lao phổi ở người lớn), tiêm phòng lao cho trẻ bằng vaccin BCG là hai biện pháp phòng bệnh quan trọng. Phát hiện sớm, điều trị lao hạch đúng đắn, theo dõi chặt chẽ có biện pháp điều trị kịp thời là phòng diễn biến không tốt của lao hạch.

Những điều cần nhớ về bệnh lao hạch trẻ em

- Vị trí hạch lao hay ở cổ nhất là hạch dọc cơ ức đòn chũm.

- Hạch xuất hiện tự nhiên, thường là nhiều hạch, hạch không ảnh hưởng đến màu sắc và nhiệt độ của da.

- Diễn biến tự nhiên của hạch là viêm, nhuyễn hoá, dò, sẹo nhẵn nhúm.

- Chẩn đoán xác định: Chọc dò, sinh thiết hạch để chẩn đoán vi khuẩn, tế bào và mô bệnh học.

- Khi không có điều kiện làm các kỹ thuật trên thì dựa vào lâm sàng (vị trí, đặc điểm, tiến triển của hạch), có lao ở các bộ phận khác, phản ứng Mantoux dương tính, có nguồn lây, chưa tiêm BCG kể cả biện pháp điều trị thử thuốc lao khi cần thiết.

- Điều trị lao hạch: Ngoài chữa lao giống các thể lao khác cần phối hợp với điều trị ngoại khoa trong một số trường hợp cụ thể (u hạch lao, hạch đã nhuyễn hoá...) sau đó dùng thêm thuốc tại chỗ.

- Kết quả điều trị lao hạch không nhanh chóng như các thể lao khác, đòi hỏi thầy thuốc và bệnh nhi phải kiên trì thực hiện tốt các nguyên tắc điều trị.

·LAO MÀNG BỤNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Lao màng bụng là thể lao thứ phát. Bệnh thường xảy ra trung bình sau tổn thương tiên phát 6 - 14 năm. Ở nước ta đã gặp lao màng bụng ở trẻ 11 tháng tuổi. Đó là những trường hợp từ tổn thương sơ nhiễm, vi khuẩn vào máu sớm gây lao các bộ phận trong cơ thể, trong đó có lao màng bụng. Bệnh gặp ở trẻ gái nhiều hơn trẻ em trai (tỷ lệ khoảng 4/1). ở trẻ em, lao màng bụng hay nằm trong bệnh cảnh của lao đa màng (màng bụng, màng phổi, màng tim...). Vi khuẩn gây bệnh chủ yếu là vi khuẩn lao người (*M.Tuberculosis*). Ngoài ra có thể gặp vi khuẩn lao bò và các trực khuẩn kháng cồn kháng toan không điển hình.

Vi khuẩn lao đến màng bụng gây bệnh có thể bằng những đường sau:

- Đường máu và bạch huyết: Từ tổn thương lao tiên phát ở phổi, hoặc bộ phận nào đó trong cơ thể bị lao.

- Đường tiếp cận: Từ tổn thương của lao ruột, lao sinh dục - tiết niệu.

2. GIẢI PHẪU BỆNH

2.1. Đại thể

- *Lao màng bụng thể tràn dịch thanh tơ*: Trong ổ bụng có nhiều dịch (có thể tới 10 lít) màu vàng chanh. Màng bụng bị viêm đỏ, có thể có các nốt lao nhỏ ở hai lá thành và lá tạng. Đôi khi dịch có màu đục, màu hồng.

- *Lao kê màng bụng*: Rất nhiều hạt lao rải rác ở lá thành và lá tạng, thường có ít dịch trong ổ bụng.

- *Thể bã đậu*: Tổn thương liên kết thành đám bã đậu, tạo thành các ổ áp xe lạnh, nếu không điều trị có thể các ổ áp xe lạnh dò vào ruột hay ra ngoài thành bụng.

- *Thể xơ hoá*: Tổ chức xơ chiếm ưu thế dần dần chèn ép các tạng trong ổ bụng hoặc gây co kéo các cơ quan lân cận.

- *Thể khu trú*: Tổn thương khu trú ở hố chậu, xung quanh vòi trứng, buồng trứng, có thể hình thành các vách ngăn.

Về đại thể: Lao màng bụng ngoài tổn thương là các hạt lao, còn biểu hiện có nhiều đám dính, mảng xơ, mà đôi khi cũng là những gợi ý cho chẩn đoán lao màng bụng.

2.2. Vi thể: Tổn thương đặc hiệu là nang lao, ngoài ra có thể có những đám tổ chức bã đậu hoại tử. Tổn

thương không đặc hiệu kèm theo là hiện tượng thoát mạch, tắc mạch, viêm không đặc hiệu, nhiều sợi fibrin trong ổ bụng.

3. LÂM SÀNG

Ở trẻ em hay gặp nhất là thể cổ trướng tự do.

3.1. Lao màng bụng thể cổ trướng

- *Triệu chứng toàn thân*: Trẻ em gầy sút dần, da xanh, sốt nhẹ về đêm, ra mồ hôi trộm, ăn kém, mệt mỏi.

- *Triệu chứng cơ năng*:

- Bụng to dần: lúc đầu ngay bản thân bệnh nhân cũng thấy không rõ, sau đó thì bụng ngày càng to. Trước đây đã có những bệnh án được mô tả trong y văn là "bụng to không rõ căn nguyên". Vì bệnh hay gặp ở nữ và ở tuổi dậy thì, đã có những cháu rất sợ, không rõ căn nguyên cứ cố băng chặt cho bụng nhỏ lại. Kết quả là được chẩn đoán rất muộn bệnh đã chuyển sang các thể bã đậu, xơ hoá, khó chữa.

- Đau bụng âm ỉ, có thể có những cơn đau nhiều hơn.

- Rối loạn tiêu hoá: ỉa chảy hoặc táo bón.

- *Triệu chứng thực thể*:

Khi thăm khám thấy cổ trướng tự do: gõ đục ở vùng thấp, khi thay đổi tư thế (nằm ngửa sang nằm nghiêng) thì vùng đục cũng thay đổi. Trong lao màng bụng đơn thuần thường không có dấu hiệu của tuần hoàn bàng hệ, gan lách không to.

Ngoài ra có thể phát hiện được tổn thương ở các bộ phận khác khi có lao phổi hợp (hạch mạc treo, xương khớp...).

Tóm lại về lâm sàng hay gặp là bệnh ở một cháu gái, tuổi 6 -14 có hội chứng nhiễm khuẩn, nhiễm độc kéo dài, cổ trướng tự do, trên lâm sàng khó cắt nghĩa nguyên nhân gây cổ trướng.

** Các xét nghiệm cận lâm sàng:*

- *Dịch màng bụng:* Dịch màu vàng chanh hay gặp nhất cũng có thể màu đục hoặc màu đỏ. Lượng protein thường hơn 30g/lít, phản ứng Rivalta (+) nhưng cũng không ít trường hợp lượng protein ít hơn 30g/l, nhưng phản ứng Rivalta vẫn dương tính. Điều đó được giải thích là phản ứng Rivalta, ngoài số lượng protein còn phụ thuộc vào cả chất lượng của protein trong dịch màng bụng.

Tỷ lệ tìm thấy vi khuẩn lao trong dịch màng bụng cũng rất thấp (khoảng 25%) theo nghiên cứu của Viện lao - Bệnh phổi; trong khi theo các tác giả nước ngoài tỷ lệ này tới 70 - 80%. Người ta còn nhận xét trong lao màng bụng, lượng glucose trong dịch màng bụng

thấp hơn glucose máu, cho nên tỷ lệ glucose dịch màng bụng/ glucose máu nhỏ hơn 0,96.

Thành phần tế bào trong dịch màng bụng chủ yếu là tế bào lympho.

- *Soi ổ bụng, sinh thiết màng bụng:*

Nếu dịch màng bụng nhiều, cần chọc hút bớt trước khi soi ổ bụng. Khi soi ổ bụng có thể thấy các hạt lao (đường kính 2 - 4 mm) màu trắng hay vàng nhạt, rải rác ở lá thành và lá tạng màng bụng. Nhưng có khoảng 1/3 trường hợp không thấy các hạt lao, mà chỉ có các đám dính. Sinh thiết màng bụng và chẩn đoán mô bệnh học là yếu tố quyết định chẩn đoán lao màng bụng (tương đương với việc tìm thấy vi khuẩn lao trong dịch màng bụng).

- *Phản ứng Mantoux:*

Đối với lao màng bụng phản ứng Mantoux dương tính mạnh tới 52% (nghiên cứu của VL-BP), tuy nhiên phản ứng cũng âm tính ở 17% bệnh nhân.

- *X quang phổi:* Có thể thấy tổn thương lao sơ nhiễm, lao phổi sau sơ nhiễm (đối với trẻ lớn) và có thể thấy hình ảnh tràn dịch màng phổi phổi hợp.

- *Xét nghiệm máu:* Công thức máu thường ít biến đổi, trừ tỷ lệ bạch cầu lympho tăng trong công thức bạch cầu. Khi bệnh nhân suy kiệt thì số lượng hồng cầu và tỷ lệ huyết sắc tố giảm.

3.2. Các thể lâm sàng

Ngoài thể cổ trướng tự do như trên đã mô tả, còn có thể gặp các thể lâm sàng sau:

- *Lao màng bụng cấp* (không có tràn dịch màng bụng): Thể này ngày càng ít gặp. Thường ở trẻ có bệnh cảnh lao kê. Bệnh nhi đau toàn ổ bụng hoặc khu trú, có thể đau bụng từng cơn. Bụng trướng, soi ổ bụng có nhiều hạt lao.

- *Thể bã đậu*:

Thể này thường là diễn biến không tốt từ thể cổ trướng tự do. Bệnh nhi có những cơn đau bụng có khi đau dữ dội, táo bón. Khi thăm khám sờ bụng thấy chỗ mềm, chỗ cứng. Nếu gõ sẽ có vùng 'trống, vùng đục xen kẽ. Khi thay đổi tư thế bệnh nhi các vùng trong và đục này cũng không thay đổi (dấu hiệu bàn cờ).

- *Thể xơ dính*: Thể này cũng thường là diễn biến không tốt của thể cổ trướng.

Tổ chức xơ phát triển chèn ép vào các cơ quan trong ổ bụng.

- Chèn ép ruột: Gây hội chứng bán tắc hoặc tắc ruột.
- Chèn ép vào tĩnh mạch chủ dưới: phù 2 chi dưới.
- Chèn ép vào ống mật chủ: Gây vàng da.

- Chèn ép vào thần kinh hông to: gây đau nơi dây thần kinh chi phối.

- *Thể khu trú*: hay gặp ở nữ.

Trẻ đau vùng bụng dưới rốn, có thể có cục nhỏ ở hai hố chậu, thăm trực tràng sờ thấy các cục cứng ở vùng buồng trứng và vòi trứng. Thường có kết hợp với lao buồng trứng.

- *Lao màng bụng phối hợp*:

Tràn dịch đa màng do lao, hay gặp ở trẻ em. Vì vậy cần phải thăm khám đầy đủ các bộ phận khác (màng phổi, màng tim...) để phát hiện bệnh lao phối hợp.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Chẩn đoán xác định: Chẩn đoán xác định lao màng bụng dựa vào:

- Tìm thấy vi khuẩn lao trong dịch màng bụng hoặc hình ảnh mô bệnh học (nang lao) qua sinh thiết màng bụng. Khi không có yếu tố quyết định trên đây thì dựa vào:

+ Triệu chứng lâm sàng:

Hội chứng nhiễm khuẩn, nhiễm độc mạn tính.

Trẻ em gái

Đặc điểm của cổ trướng: xuất hiện từ từ, không có tuần hoàn bằng hệ.

+ Tồn thương lao ở các bộ phận khác: lao kê, lao sơ nhiễm ở phổi, lao ở các vùng khác (màng phổi, màng tim...)

+ Đặc điểm của dịch màng bụng: dịch màu vàng chanh, phản ứng Rivalta (+), có nhiều tế bào lympho.

+ Phản ứng Mantoux dương tính.

+ Trẻ chưa được tiêm BCG và có nguồn lây.

Điều trị thử thuốc lao cho phép trong một số trường hợp cụ thể.

4.2. Chẩn đoán phân biệt: ở trẻ em cần phân biệt với một số bệnh cảnh sau đây:

- *Viêm màng bụng do phế cầu:* Bệnh cảnh cấp tính, trẻ sốt cao, màng bụng có dịch, chọc dò dịch màu đục, có nhiều bạch cầu đa nhân trung tính, có thể xét nghiệm thấy phế cầu trong dịch màng bụng.

- *Khối u trong ổ bụng:* Dễ nhầm khi lao màng bụng phổi hợp với lao ruột (hay gặp lao ở góc hồi manh tràng) tạo thành khối giống khối u. Khối u ác tính trong ổ bụng thường dịch màu đỏ. Chẩn đoán phân biệt chắc chắn bằng sinh thiết.

- *Viêm ruột thừa:* Khi lao màng bụng cấp tính khu trú ở hố chậu phải. Đối với lao màng bụng thường diễn biến không rõ, cần dựa thêm vào xét nghiệm để phân biệt.

- *Xơ gan*: ít gặp ở trẻ em, cổ trướng có kèm theo tuần hoàn bàng hệ, dịch màng bụng là dịch thấm, màu trong. xét nghiệm chức năng gan suy giảm.

5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiến triển tốt

Khi được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Dịch màng bụng giảm dần và hết, bệnh khỏi hoàn toàn, không để lại di chứng.

5.2. Tiến triển không tốt

- *Do chẩn đoán muộn*, thể cổ trướng đã chuyển sang thể bã đậu hoặc xơ hoá, mặc dù đã được điều trị đủ thời gian, đúng phác đồ, nhưng bệnh không hết. Những mảng xơ dính tồn tại lâu dài và có thể ảnh hưởng tới quá trình chữa đẻ sau này đối với các em gái.

- *Các biến chứng có thể xảy ra*:

- *Tắc ruột*: Đây là biến chứng hay gặp đối với lao màng bụng ở trẻ em, khi đã chuyển sang thể bã đậu và xơ hoá. Biến chứng này không những có thể xảy ra khi trẻ đang chữa lao, mà cả khi đã hoàn thành điều trị ra viện. Để giải quyết biến chứng này phải can thiệp ngoại khoa. Nhưng trong lâm sàng hay gặp hơn là hiện tượng trẻ có các đợt với những cơn đau dữ dội,

bệnh nhân lẫn lộn, va mồ hôi, vật vã. Trong những trường hợp này, người thầy thuốc phải bình tĩnh dùng các biện pháp đơn giản như chườm nước ấm ở bụng để giảm đau (***nếu chắc chắn là không tắc ruột***). Thường những đợt có những cơn đau bụng sẽ thưa dần và có thể hết. Nên nhớ rằng chỉ định ngoại khoa trong những trường hợp này cần phải cân nhắc rất thận trọng. Vì lao màng bụng với đặc điểm tổn thương là nhiều mảnh xơ dính, hơn nữa một phẫu thuật ổ bụng không cần thiết là không nên, nhất là đối với những cháu gái.

- *Vô sinh*: Đây là một biến chứng nặng nề về sau này đối với các cháu gái. Tổn thương thường là kết hợp với lao buồng trứng, vòi trứng. Để tránh biến chứng này biện pháp quan trọng là chẩn đoán sớm lao màng bụng và chữa đúng đắn.
- *Bệnh tiến triển nhiều năm*, các mảnh bã đậu vỡ vào ruột hoặc thành lỗ dò ra ngoài thành bụng. Biến chứng này ngày nay ngày càng ít gặp.
- *Tử vong*: do chẩn đoán muộn, cơ thể suy kiệt, lao nhiều bộ phận kết hợp.

Một nghiên cứu của Viện lao - Bệnh phổi cho biết chẩn đoán lao màng bụng dưới 1 tháng chỉ là 5,8%;

từ 1 đến 2 tháng: 23,5%; sau 2 tháng mới chân đoán được chiếm tới 70,5%.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Điều trị nội khoa

- Điều trị theo các nguyên tắc chữa bệnh lao.
- Nên sử dụng phác đồ có rifampicin để chữa, vì khi có rifampicin thì kết quả tốt hơn các phác đồ không có thuốc này (có thể dùng phác đồ như chữa lao màng não).
- Việc chọc hút dẫn lưu dịch không yêu cầu rút dịch triệt để như đối với lao màng phổi (trong thực tế khó hút hết dịch màng bụng). Mặt khác đối với trẻ em, dịch thẩm thấu tốt hơn so với người lớn. Tuy nhiên khi trẻ khó thở cần chọc hút dịch màng bụng.
- Sử dụng corticoid là cần thiết, nhất là đối với thể cổ trướng tự do (thuốc và cách dùng như đối với lao màng não).
- Theo dõi điều trị: Theo dõi về lâm sàng (chủ yếu là tình trạng cổ trướng), các dấu hiệu lâm sàng khác như sốt, cân nặng, ăn uống... Về diễn biến của bệnh cần chú ý các biến chứng có thể xảy ra trong và sau điều trị. Ngoài ra cần theo dõi tác dụng ngoại ý của thuốc lao.

6.2. Điều trị ngoại khoa: Chỉ đặt ra khi có biến chứng tắc ruột.

7. PHÒNG BỆNH

Tiêm phòng vaccin BCG cho trẻ em, phát hiện và điều trị dứt điểm nguồn lây lao ở người lớn là vấn đề quan trọng để phòng mắc lao màng bụng ở trẻ em. Đối với các thầy thuốc lâm sàng thì phát hiện sớm và điều trị đúng bệnh lao màng bụng là biện pháp phòng được các thể bệnh nặng (thể bã đậu và xơ hoá), cũng như các biến chứng nặng nề mà lẽ ra không có ở trẻ em bị bệnh.

Một số điểm cần nhớ đối với lao màng bụng

- Bệnh thường gặp ở trẻ 6 - 14 tuổi, nữ nhiều hơn nam, là tổn thương lao thứ phát.

- Thể bệnh gặp nhiều nhất ở trẻ em là thể cổ trướng tự do. Nếu không được chẩn đoán, chữa kịp thời thì có thể chuyển thành thể bã đậu và xơ hoá khó chữa, hay có biến chứng.

- Tìm được vi khuẩn lao hoặc có tổn thương đặc hiệu qua sinh thiết màng bụng là yếu tố quyết định chẩn đoán, nhưng khó thực hiện hoặc tỷ lệ dương tính thấp.

- Trong thực tế chẩn đoán bệnh dựa vào tính chất cổ trướng: tự do, xuất hiện từ từ, không có tuần hoàn bàng hệ, dịch vàng chanh, nhiều tế bào lympho, phản ứng Rivalta (+). Có tràn dịch ở các màng khác (màng phổi, màng tim), phản ứng Mantoux (+).

- Điều trị: nên sử dụng phác đồ có rifampicin.

- Chỉ hút dịch màng bụng khi bệnh nhi khó thở.

- Phối hợp điều trị lao với corticoid.

- Cần theo dõi các biến chứng của bệnh trong và sau điều trị.

- Tiêm vaccin BCG cho trẻ và giải quyết nguồn lây trong cộng đồng. Phát hiện và điều trị bệnh sớm là biện pháp phòng mắc bệnh và tránh những biến chứng của bệnh.

LAO MÀNG NGOÀI TIM

1. ĐẠI CƯƠNG

Đây cũng là một thể lao thứ phát, bệnh có thể riêng biệt, nhưng có khi phối hợp với tràn dịch màng phổi, màng bụng (tràn dịch đa màng) do lao. Vi khuẩn tới màng tim từ tổn thương tiên phát (ở phổi hoặc ngoài phổi) bằng đường máu, bạch huyết. Tổn thương lao màng tim cũng có thể do vỡ hạch lao từ trung thất lan tới (đường tiếp cận). Ở trẻ em, con đường tiếp cận cần được chú ý vì tổn thương sơ nhiễm thường là viêm hạch trung thất. Tổn thương lao màng tim gặp 4 - 5% số trẻ tử vong do bệnh lao kê (Lê Phúc Phát, 1997).

2. NHỮNG THỂ LÂM SÀNG

2.1. Viêm màng ngoài tim khô

Ngoài hội chứng nhiễm khuẩn, nhiễm độc, những biểu hiện tại chỗ có thể giúp cho chẩn đoán:

- Đau nhiều ở sau xương ức.
- Nghe có tiếng cọ màng tim.
- Điện tâm đồ: biểu hiện sóng T rộng.
- X quang: thường diện tim không thay đổi.

2.2. Tràn dịch màng ngoài tim

- Bệnh nhi khó thở, tùy theo dịch nhiều hay ít mà khó thở khi gắng sức hay cả lúc nghỉ ngơi, có thể có tím tái quanh môi.

- Mạch nhanh, khi hít vào sức căng của mạch giảm, huyết áp giảm, vì có sự cản trở máu về tim (do có dịch ở màng tim) ở thì hít vào (mặc dù lúc này áp lực âm ở trong lồng ngực).

- Áp lực tĩnh mạch trung tâm tăng.

- Có thể có gan to.

- Không có tiếng cọ màng tim khi dịch nhiều, tiếng tim xa xăm.

- Điện tâm đồ: điện thế thấp ở các chuyển đạo ngoại biên.

- X quang: bóng tim to, rộng.

2.3. Viêm màng tim co thắt

Thường là diễn biến không tốt của 2 thể trên đây, do bệnh không được phát hiện hoặc chữa không đúng. Màng tim dày và có vôi hoá. Hiện tượng này có thể xảy ra sau tràn dịch vài tháng, hoặc hàng năm ở trẻ không có biểu hiện rõ rệt của một tràn dịch màng tim.

- Triệu chứng hay gặp là khó thở: khó thở không tăng khi bệnh nhân chuyển từ tư thế ngồi sang nằm (vì phổi không bị xung huyết).

- Phù 2 chi dưới do tăng áp lực tĩnh mạch.
- Gan lách to, có thể có cổ trướng.
- Nghe tiếng tim nhỏ.
- X quang: có hình mờ đậm mảnh, bọc xung quanh bóng tim, bóng tim nhỏ, phổi không bị xung huyết.

Trong các thể lao màng tim, thường phản ứng Tuberculin dương tính rõ rệt.

3. CHẨN ĐOÁN

- *Chẩn đoán xác định:* Tìm thấy vi khuẩn lao trong dịch màng tim, hoặc sinh thiết màng tim tìm tổn thương đặc hiệu. Nhưng trong thực tế tỷ lệ tìm thấy vi khuẩn rất thấp, việc sinh thiết màng tim là một kỹ thuật không đơn giản, nhất là ở trẻ nhỏ. Vì vậy chẩn đoán thường dựa vào:

- Có tổn thương lao ở một bộ phận trong cơ thể.
- Có viêm màng tim hoặc tràn dịch màng tim.
- Phản ứng Tuberculin dương tính.
- Đáp ứng với điều trị thuốc lao: dịch hết nhanh sau 1 - 2 tuần.

- *Chẩn đoán phân biệt:* Cần phân biệt với bệnh cơ tim, các căn nguyên gây suy tim khác.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị nguyên nhân: Bằng phác đồ chữa lao cho trẻ em (2RHZ/ 4RH hoặc 2RHZ/6RH) tùy từng trường hợp chỉ có lao màng tim đơn thuần hay còn tồn thương lao phổi hợp ở các bộ phận khác.

4.2. Chống dầy dính bằng corticoid: Cần dùng corticoid sớm (1 -3 mg/kg/24 giờ) thời gian trung bình 1,5 tháng - 2 tháng. Dùng prednisolon sẽ giúp cho dịch hết nhanh và chống dầy dính.

4.3. Điều trị ngoại khoa: chỉ can thiệp để giải thoát cho tim khi viêm màng tim dầy dính, co thắt mà chữa nội khoa không có kết quả.

MỘT SỐ THỂ LAO ÍT GẶP Ở TRẺ EM

LAO MẮT: Vi khuẩn lao gây bệnh ở mắt có thể do các hạt nước bọt nhỏ của người bị lao có chứa vi khuẩn bắn trực tiếp vào mắt trẻ. Nhưng có thể lan theo đường máu từ tổn thương tiên phát ở phổi hoặc ngoài phổi. Cũng có trường hợp tổn thương ở mắt là do hiện tượng dị ứng với kháng nguyên của vi khuẩn lao, khi vi khuẩn khu trú ở một bộ phận khác của cơ thể.

Các hình thái tổn thương lao ở mắt hay gặp là:

- *Sơ nhiễm ở mắt:* tổn thương ở mắt là viêm kết mạc. Bệnh nhi chảy nước mắt, sợ ánh sáng, mi mắt sưng. Khi thăm khám nếu lộn mi mắt có thể thấy các nốt vàng nhỏ ở kết mạc. Hạch lân cận (thường là hạch trước tai) bị sưng, mềm và có thể bị dò. Chọc dò hoặc sinh thiết hạch sẽ chẩn đoán xác định. Điều trị những trẻ này như trường hợp lao sơ nhiễm ở phổi.

- *Viêm kết mạc phỏng nước:* Trẻ đau mắt, chảy nước mắt và sợ ánh sáng. Khi khám thấy các hạt màu vàng hoặc xám vị trí ở nơi tiếp giữa "lòng đen" và "lòng trắng". Bệnh xuất hiện từng đợt. Ngoài điều

trị thuốc lao toàn thân, cần dùng thêm hydrocortisone 1% để nhỏ mắt.

- *Lao võng mạc*: Rất nên khám đáy mắt ở bệnh nhân lao kê, vì có thể có hạt lao ở võng mạc. Các hạt lao này có đường kính trung bình 1 -3 mm màu vàng nhạt, lồi trên võng mạc. Cũng có khi tổn thương thành từng đám màu xám nhạt xen kẽ với xuất huyết rải rác ở võng mạc.

- *Viêm mủ cấp mắt do lao*:

Tổn thương một mắt do lao, mắt chuyển thành màu trắng đục. Thị lực giảm nhanh chóng và mất. Điều trị thuốc lao toàn thân, nhưng thường phải khoét mắt. Đây là một tổn thương lao nặng ở mắt, ngày nay tổn thương này ngày càng ít gặp.

LAO DA: Các tổn thương lao da có thể gặp:

- *Lao sơ nhiễm ở da*: Vi khuẩn xâm nhập vào vùng da bị tổn thương. Tổn thương đã lên sẹo lại thấy xuất hiện loét, kèm theo các nốt nhỏ màu vàng. Hạch vùng lân cận bị sưng và đỏ. Tiêm vaccin BCG cho trẻ em có một số ít trẻ bị loét và sưng hạch nách. đây cũng là thể coi là một sơ nhiễm ở da, chỉ khác là vi khuẩn là con BCG (loại vi khuẩn lao bò đã giảm độc lực, hầu như không còn khả năng gây bệnh) và con người chủ động đưa vào cơ thể trẻ để tạo ra miễn dịch chống lao.

- *Ban nút đỏ*: Đây là biểu hiện ở da của phản ứng quá mẫn với Tuberculin. Thường xuất hiện trong bệnh lao sơ nhiễm ở phổi. Các ban ở mặt trước cẳng chân, xung quanh khớp gối, mềm, đỏ, đường kính 1 - 3 cm, các ban đỏ diễn biến từng đợt. Phản ứng Tuberculin ở những trẻ này dương tính mạnh. Ngoài điều trị lao có thể phối hợp dùng prednison, các ban sẽ mất nhanh chóng.

- *Luput lao da*: Vị trí tổn thương hay gặp là ở đầu, mặt, cổ, ở giữa mũi và má. Các nốt lúc đầu màu vàng hoặc xám nhạt, sau đó loét và lên sẹo, nhưng các sẹo xấu, co rúm gây biến dạng mặt. Điều trị bằng thuốc lao toàn thân, có thể kết hợp với điều trị tại chỗ (Bột isoniazid hoặc dung dịch rifampicin 1%).

- *Áp xe dưới da do lao*: Tổn thương áp xe nằm ngay dưới da, tạo thành lỗ dò, miệng lỗ dò bờ nhẵn nhúm. Những trường hợp áp xe do tiêm (không vô khuẩn), bơm, kim tiêm có nhiễm vi khuẩn lao, thì tổn thương nằm sâu cả ở cơ và hạch lân cận cũng bị xưng. Điều trị bằng thuốc lao toàn thân kết hợp với thuốc lao tại chỗ khi áp xe dò chảy ra ngoài ra, có thể kết hợp mở rộng dẫn lưu ổ áp xe khi cần thiết.

- *Tổn thương lao kê ở da*: Thường gặp ở bệnh nhân lao kết hợp với HIV/AIDS, có thể gặp 3 loại tổn thương kê ở da.

- Các nốt đỏ đều màu đồng.

- Nốt sần có mũ trắng ngà ở giữa.
- Nhiều ổ áp xe nhỏ ở dưới da (chân, tay, ngực...).

Đây là hình thái tổn thương lao rất nặng ở bệnh nhân lao HIV/AIDS. Ngoài tổn thương lao, còn tổn thương ở nhiều bộ phận do các loại vi khuẩn khác. Bệnh nhân khó qua khỏi.

LAO THẬN - TIẾT NIỆU

Bệnh lao thận - tiết niệu ít gặp ở trẻ em vì thể lao này thường xảy ra 15 đến 20 năm sau tổn thương lao sơ nhiễm. Như vậy bệnh có thể gặp ở trẻ lớn. Vi khuẩn lao đi theo đường máu để gây tổn thương ở vùng vỏ thận, sau đó xâm nhập sâu vào vùng tuỷ thận, vào các đài bể thận lan theo niệu quản xuống bàng quang. Khi có những triệu chứng của viêm bàng quang (đái buốt, đái rắt...) thì tổn thương thận đã có trước đó. Triệu chứng quan trọng trong lao thận - tiết niệu là đái ra máu tự nhiên (không phải đái ra máu do vận động gắng sức, mệt mỏi). Có thể đái ra máu đại thể hoặc vi thể. Xét nghiệm nước tiểu tìm thấy vi khuẩn lao là yếu tố quyết định cho chẩn đoán. Hình ảnh X quang hệ tiết niệu có thuốc cản quang (UIV) cho biết tình trạng tổn thương đài bể thận, niệu quản, bàng quang và đánh giá được chức năng bài tiết của thận.

Ở nước ta, tuy không nhiều, nhưng đôi khi vẫn còn gặp trẻ em ở tuổi dậy thì bị lao tiết niệu. Nhiều trường hợp đã dùng rất nhiều kháng sinh đường tiết niệu nhưng không khỏi, cuối cùng mới phát hiện bị lao thận - tiết niệu. Mặc dù nhiễm khuẩn đường tiết niệu khó điều trị và dễ chuyển thành mạn tính, nhưng nếu một bệnh nhân bị viêm đường tiết niệu thời gian từ 8 tuần trở lên, cần làm các xét nghiệm để xác định có bị lao tiết niệu hay không. Nên nhớ rằng do cấu tạo giải phẫu, khi có tổn thương lao thận - tiết niệu cần kiểm tra xem có lao sinh dục kèm theo (lao tử cung và vòi trứng ở trẻ gái). Nếu không phát hiện và điều trị sớm lao sinh dục thì dễ dẫn tới tình trạng vô sinh sau này.

BỆNH LAO Ở TRẺ NHIỄM HIV/AIDS

1. TRẺ EM CÓ THỂ BỊ NHIỄM HIV KHI SINH RA

Hiện nay đại dịch HIV/AIDS đang lan tràn khắp thế giới. Những phụ nữ đang ở tuổi sinh đẻ bị nhiễm HIV có thể sinh ra những trẻ cũng nhiễm HIV. Trẻ có thể bị bệnh ngay trong những tuần đầu sau khi đẻ. Một số trẻ có thể hàng năm sau nhưng đa số trẻ bị bệnh dưới 2 tuổi. Đường truyền bệnh phổ biến nhất là từ máu mẹ sang con trong thời kỳ mang thai hoặc lúc sinh. Con đường truyền HIV qua sữa mẹ ít gặp và không quan trọng. Vì vậy người ta vẫn khuyến khích nuôi con bằng sữa mẹ trong các trường hợp này. Nguy cơ nhiễm HIV cho trẻ do các bà mẹ nhiễm HIV sinh ra là từ 24 đến 40%.

Xét nghiệm máu tìm kháng thể HIV để chẩn đoán sớm trẻ bị nhiễm HIV là khó khăn, vì kháng thể của mẹ có thể truyền sang con. Những trẻ không bị nhiễm HIV, lượng kháng thể sẽ giảm dần và mất sau khoảng 15 tháng. Vì vậy chẩn đoán huyết thanh sau 15 tháng mới có giá trị chẩn đoán trẻ nhiễm HIV.

2. CHẨN ĐOÁN BỆNH LAO CÓ KÈM NHIỄM HIV Ở TRẺ EM

Việc chẩn đoán bệnh lao ở những trẻ này gặp khó khăn vì các triệu chứng lâm sàng của bệnh lao (nếu có) như sốt, gầy sút, ho... cũng có thể là triệu chứng của các bệnh bội nhiễm khác. Mặt khác, phản ứng da với Tuberculin ở trẻ lao kèm HIV có thể âm tính.

Diễn biến tự nhiên của bệnh lao ở trẻ này phụ thuộc vào giai đoạn của nhiễm HIV:

- Nếu trẻ chỉ mới nhiễm (chưa bị bệnh AIDS), khả năng đáp ứng miễn dịch của trẻ còn tốt, thì các triệu chứng của bệnh lao giống như trẻ chưa nhiễm HIV. Chẩn đoán bệnh lao ở trẻ này giống như mọi trẻ bị lao khác.
- Việc chẩn đoán sẽ rất khó khăn khi trẻ đã có triệu chứng của AIDS, sức đề kháng của cơ thể giảm, suy kiệt. Lúc này các triệu chứng lâm sàng thường nghèo nàn, phản ứng Mantoux âm tính. Trẻ bị bội nhiễm ở nhiều cơ quan trong cơ thể, tiên lượng nặng.

Điều quan trọng là người thầy thuốc cần nghĩ đến trẻ có thể bị lao, khi trẻ có biểu hiện nhiễm khuẩn kéo dài trong nhiều tháng. Thậm chí khi cần thiết có thể tiến hành điều trị thử lao và theo dõi. Dù trẻ nhiễm HIV, ốm yếu nhưng vẫn đáp ứng tốt với các

thuốc lao, nếu trẻ bị bệnh. Lưu ý là những trẻ lao kèm HIV, thường bị lao nhiều bộ phận, cần thăm khám kỹ lưỡng tránh bỏ sót.

3. ĐIỀU TRỊ

Những trẻ lao kèm nhiễm HIV nên cố gắng tổ chức điều trị tại nhà, không nên nằm viện dài ngày, vì nằm bệnh viện dễ có nguy cơ nhiễm khuẩn thêm, do trẻ bị suy giảm miễn dịch. Các phác đồ chữa lao cho trẻ em vẫn có thể áp dụng cho trẻ lao kèm HIV. Nhưng không nên dùng thuốc thiacetazon để điều trị lao cho những bệnh nhi này. Vì thực tế ở nhiều nước đã cho biết tác dụng ngoại ý (side effects) của thuốc này gặp rất nhiều ở trẻ nhiễm HIV. Hạn chế tiêm streptomycin vì vừa đau, vừa tăng nguy cơ lan tràn của HIV.

Chương V

ĐIỀU TRỊ BỆNH LAO TRẺ EM: NHỮNG ĐIỂM CẦN CHÚ Ý

1. NHỮNG VIỆC THẦY THUỐC CẦN LÀM TRƯỚC KHI DÙNG THUỐC

1.1. Thăm khám trẻ toàn diện

Thăm khám thật toàn diện và tỉ mỉ là điểm rất quan trọng cho mọi bệnh nhân, nhưng đối với trẻ em nhỏ điều này càng quan trọng vì trẻ nhỏ chưa nói được. Sau khi thăm khám phải nhận định được một số vấn đề sau đây:

- Có khả năng cơ quan nào bị lao nữa: Nếu nghi ngờ thêm cơ quan khác cũng bị lao thì cần làm thêm các xét nghiệm hoặc thăm khám chuyên khoa để xác chẩn.

- Ngoài bệnh lao, trẻ có bị thêm bệnh gì kết hợp không? Nếu có thì cần điều trị kết hợp. Thông thường hay gặp ở nước ta là bệnh lao trên một đứa trẻ có suy dinh dưỡng, còi xương. Trong những

trường hợp này phải chữa cả suy dinh dưỡng hoặc còi xương cho trẻ.

- Trẻ đã dùng những thuốc gì trước đây và cơ thể đã có dị ứng với loại thuốc nào? Điều này có thể xem kỹ sổ y bạ hoặc hỏi người nhà bệnh nhi. Trong các thuốc đã sử dụng nếu trẻ đã dùng thuốc lao có dị ứng với thuốc nào thì không được sử dụng thuốc đó.

- Bệnh nhi đã mắc bệnh gì trước đây. Đặc biệt cần chú ý xem trẻ có bị viêm gan hay không? Vì tai biến về gan khi sử dụng một số thuốc lao là tai biến nặng, có thể tử vong. Tai biến này hay xuất hiện ở những bệnh nhân đã có bệnh về gan (như viêm gan) trong tiền sử.

- Cần kết hợp khám mắt (thị lực, thị trường, đáy mắt...) trước khi dùng thuốc ethambutol và khám tai (do thính lực) nếu dùng streptomycin hoặc kanamycin. Tuy nhiên đối với trẻ nhỏ là rất khó khăn, vì vậy tốt hơn là không dùng các thuốc trên cho trẻ nhỏ (dưới 2 tuổi), khi trẻ chưa hiểu, để tự biết các tai biến của thuốc xảy ra.

1.2. Các xét nghiệm cần thiết

Ngoài các xét nghiệm thường quy đã có để phục vụ cho chẩn đoán như công thức máu, X quang, Mantoux... cần phải có những xét nghiệm thông thường thăm dò chức năng của gan và thận. Đối với thận, xét nghiệm đơn giản là thử nước tiểu để định lượng

protein, các loại tế bào và trụ niệu. Đánh giá chức năng gan, trên lâm sàng thường hay làm các xét nghiệm: phản ứng Gros, Maclagan, các men transaminase (SGOT, SGPT), và định lượng bilirubin. Kết quả các xét nghiệm trên đây ở trong giới hạn bình thường, thì có thể tiến hành chữa lao cho trẻ. Khi có các chỉ số xét nghiệm chức năng gan, thậm chí không ở trong giới hạn bình thường, thì cần hội chẩn với các thầy thuốc chuyên khoa để có biện pháp điều trị thích hợp cho bệnh nhi.

1.3. Thông báo cho gia đình (bố, mẹ, ông, bà, anh, chị, hoặc những người thân chịu trách nhiệm theo dõi bệnh của trẻ) biết các thuốc lao sẽ dùng cho bệnh nhi.

1.3.1. Những thay đổi của cơ thể khi trẻ dùng thuốc:
Các thuốc lao khi bắt đầu sử dụng, trong tuần đầu có thể trẻ hơi mệt mỏi, nhưng khi các triệu chứng của bệnh hết dần (như sốt, ho...) thì trẻ trở lại ăn uống tốt hơn và lên cân. Trong các thuốc lao, thì rifampicin là thuốc làm cho nước tiểu có màu đỏ. Điều này cần nói cho bệnh nhi hoặc gia đình biết để không sợ.

1.3.2. Cách theo dõi trẻ khi dùng thuốc:

- Theo dõi kết quả điều trị: Như trên đã trình bày diễn biến thuận lợi khi dùng thuốc lao, các triệu chứng hết dần, bệnh sẽ khỏi. Nhưng nói chung sự hồi phục của bệnh lao dần dần, không nhanh chóng

như các bệnh nhiễm khuẩn cấp tính. Tuy nhiên nếu sau 2 - 3 tuần chữa lao, mà trẻ không đỡ, thậm chí nặng thêm thì cần báo cho thầy thuốc biết.

- Theo dõi phát hiện những tai biến (tác dụng ngoại ý) của thuốc lao. Khi trẻ dùng thuốc có các ban đỏ, ngứa ở trên da hoặc sốt. Những trường hợp trẻ dùng thuốc đã có kết quả sau đó lại ăn kém, rối loạn tiêu hoá (đau bụng, ỉa chảy) đau mạng sườn phải cũng cần báo cho thầy thuốc. Không nên để đến lúc trẻ đã vàng da, vàng mắt mới phát hiện được vì lúc này bệnh đã nặng. Đối với những trẻ lớn, cần thường xuyên theo dõi xem, có ù tai (khi dùng streptomycin), mờ mắt (khi dùng ethambutol), đau khớp (khi dùng pyrazinamid). Nếu xuất hiện các hiện tượng trên đây cũng cần báo cho thầy thuốc biết, để có biện pháp xử trí thích hợp.

2. LIỀU LƯỢNG THUỐC LAO CHO TRẺ EM

Trước đây 2 - 3 thập kỷ người ta hay dùng một số thuốc lao liều lượng ở trẻ em cao hơn ở người lớn như isoniazid. Năm 1988, Hiệp hội bài lao quốc tế đã có khuyến cáo, trong đó nêu rõ liều lượng thuốc ở trẻ em và người lớn tính theo cân nặng là giống nhau. Sau gần 1 thập kỷ thực hiện liều lượng theo khuyến cáo đó, nhiều nước người ta đã thông báo về tỷ lệ tai biến thuốc vẫn còn cao. Gần đây nhất (1996),

Hiệp hội bài lao quốc tế lại có khuyến cáo về liều lượng thuốc lao mới tính theo cân nặng cho cả trẻ em và người lớn. Nếu so với liều lượng dùng từ 1988, thì có một số thuốc liều thấp hơn, cụ thể như sau:

Các thuốc	Liều lượng hàng ngày (mg/kg)	Liều cách quãng (3 lần x 1 tuần) mg/kg	Liều cách quãng (2 lần x 1 tuần) mg/kg
Isoniazid (H)	5 (4-6)	10 (8-12)	15 (13-17)
Rifampicin (R)	10 (8-12)	10 (8-12)	10 (8-12)
Pyrazinamid (Z)	25 (20-30)	35 (30-35)	50 (40-60)
Streptomycin (S)	15 (12-18)	15 (12-18)	15 (12-18)
Ethambutol (E)	15 (15-20)	30 (25-35)	45 (40-50)

Qua bảng trên có thể thấy rằng R, S là hai thuốc dù dùng hàng ngày, một tuần dùng 2 lần hoặc 3 lần thì liều lượng đều giống nhau. Các thuốc E và Z liều lượng thấp hơn so với khuyến cáo năm 1988. Tất cả các thuốc này đều được tính theo trọng lượng cơ thể ở cả trẻ em và người lớn. Cần chú ý là trong quá

trình điều trị, trẻ tăng cân thì hàng tháng phải cho thuốc theo cân nặng cụ thể của trẻ, chứ không dựa vào cân nặng lúc đầu.

3. NHỮNG PHÁC ĐỒ CHỮA LAO TRẺ EM

Sự tiến bộ về điều trị bệnh lao là một trong những thành tựu lớn nhất trong nghiên cứu bệnh lao. Theo thời gian, các phác đồ chữa lao ngày càng hoàn chỉnh, trong đó có phác đồ chữa lao trẻ em. Hiện nay người ta thấy rằng trong một phác đồ cần có các thuốc triệt khuẩn, diệt khuẩn mạnh. Phác đồ chữa lao trẻ em được dùng như sau:

- **Lao sơ nhiễm** (chưa có biến chứng).

2RHZ/4RH

Dùng 3 loại thuốc rifampicin (R), isoniazid (H), pyrazinamid (Z) phối hợp trong 2 tháng đầu sau đó duy trì bằng R, H trong 4 tháng liên tục. Cũng có tác giả đề nghị 4 tháng sau có thể dùng thuốc 1 tuần 2 lần (2 RHZ/4R₂H₂).

- **Lao màng não** 2 RHZS/6RH (8 RH)

Trong 2 tháng đầu dùng 4 loại thuốc RHSZ (S - streptomycin), 6 tháng sau duy trì bằng RH. Nếu sau 8 tháng điều trị, dịch não não tủy chưa trở lại bình thường thì có thể kéo dài thời gian duy trì tới 8 tháng, thậm chí đến 10 tháng.

Việc dùng streptomycin cho thể lao nặng này là sự cân nhắc giữa tính mạng của trẻ và tai biến của thuốc có thể xảy ra. Kinh nghiệm thực tế cho thấy khi dùng S với liều lượng như trên, thì ít gặp tai biến do thuốc, trong khi tính mạng của trẻ bị đe dọa có thể tử vong do bệnh lao màng não.

- **Lao xương khớp:** 3RHZ/6RH

Thời gian dùng thuốc là 9 tháng: 3 tháng đầu dùng 3 loại thuốc phối hợp là RHZ, duy trì 6 tháng bằng 2 thuốc RH.

- **Các thể lao khác:** lao màng bụng, màng phổi, lao hạch... Tùy từng trường hợp cụ thể có thể vận dụng các phác đồ trên đây.

- Những trường hợp lao kháng thuốc phải phối hợp nhiều thuốc hơn hoặc dùng các thuốc vi khuẩn chưa kháng.

4. MỘT SỐ THUỐC LAO CẦN THẬN TRỌNG KHI DÙNG CHO TRẺ NHỎ

Có 2 loại thuốc, Hội hiệp bài lao quốc tế khuyến cáo cần thận trọng khi sử dụng cho trẻ nhỏ là streptomycin (S) và ethambutol (E). Hai thuốc này có thể gây tai biến với dây thần kinh số VIII (gây điếc, rối loạn thăng bằng đối với streptomycin) và dây thần kinh số II (gây mù màu, hẹp thị trường, giảm thị lực đối với ethambutol). Ở trẻ nhỏ dưới 2 tuổi chúng ta

không thể phát hiện được các tai biến này cho nên không nên dùng cho trẻ. Hiện nay CTCLQG ở nước ta đã không dùng E để điều trị lao trẻ em, còn S còn dùng hạn chế trong một số thể bệnh.

5. CÁC BIỆN PHÁP ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ

- Hạ sốt: Khi trẻ sốt cao để tránh co giật, co thắt thanh quản có khi nguy hiểm đến tính mạng của trẻ.

- Chống co giật (trong lao màng não): Các thuốc an thần cần sử dụng liều nhỏ và tăng dần khi đạt hiệu quả thì dừng. Trong lao màng não dễ có biểu hiện ức chế trung tâm hô hấp, nếu dùng nhiều các thuốc an thần có khi nguy hiểm cho bệnh nhi.

- Sử dụng corticoid trong lao kê, lao màng não (xin xem chương IV).

- Phục hồi chức năng sớm trong bệnh lao màng não (xin xem chương IV).

6. ĐIỀU TRỊ TOÀN DIỆN

Để giúp cho thuốc chuyển hoá, hấp thu tốt, cần có chế độ nuôi dưỡng trẻ đầy đủ các chất dinh dưỡng. Những trẻ tỉnh táo, ăn được thì thuận lợi. Những trường hợp trẻ hôn mê thì cần đặt sonde dạ dày để cho ăn. Cũng có thể nuôi dưỡng bằng đường tiêm truyền khi hệ thống tiêu hoá của bệnh nhi trì trệ, không tiêu hoá được thức ăn. Vấn đề nuôi dưỡng lại càng đặc biệt quan trọng đối với trẻ suy dinh dưỡng kèm theo. Một tiết

chế độ chất cần được thực hiện cho từng trẻ tùy vào tình trạng cụ thể.

Vấn đề vệ sinh thân thể nhất là những trẻ hôn mê lâu ngày không kém phần quan trọng để tránh loét và bội nhiễm.

7. THEO DÕI ĐIỀU TRỊ

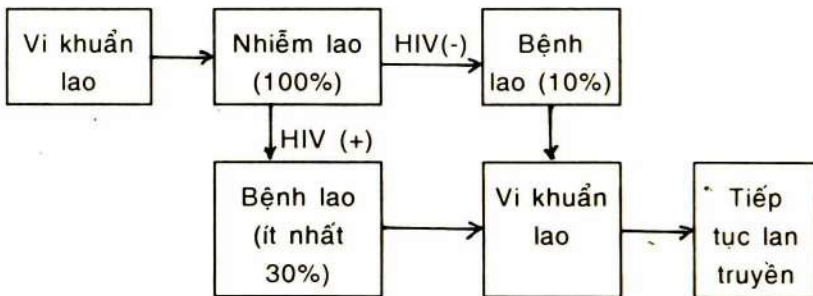
Đánh giá kết quả điều trị lao ở trẻ em phải dựa vào lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng. Các triệu chứng lâm sàng sẽ hết nhanh khi sử dụng thuốc. Nhưng các xét nghiệm cận lâm sàng thường lâu hơn (như X quang, dịch não tủy...). Khi trẻ hết giai đoạn điều trị tấn công, có một số thể lao như lao sơ nhiễm sẽ không còn triệu chứng gì, đừng cho là trẻ đã khỏi bệnh. Những người trong gia đình (bố, mẹ...) cần cho trẻ uống thuốc đủ thời gian quy định, mới được coi là khỏi bệnh. Chưa chưa đủ thời gian là nguyên nhân làm cho vi khuẩn lao kháng thuốc và trẻ dễ bị những thể lao nặng hơn. Ngoài ra cần theo dõi tai biến (tác dụng ngoại ý) của thuốc lao và tái phát của bệnh. Bệnh lao thường tái phát 1 - 2 năm đầu, sau khi ngừng thuốc điều trị. Đó chính là thời gian cần theo dõi chặt chẽ hơn.

Chương 6

NHỮNG BIỆN PHÁP PHÒNG BỆNH LAO TRẺ EM

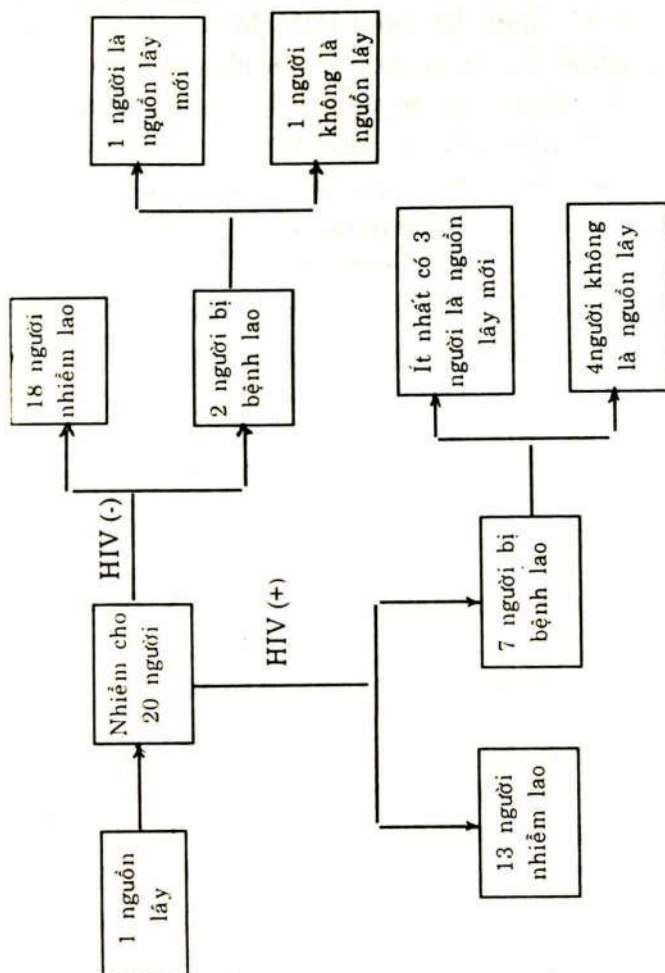
1. GIẢI QUYẾT NGUỒN LÂY

Bệnh lao tồn tại là do sự lây truyền từ người bệnh sang người lành. Vòng xoắn của sự lan truyền bệnh lao có thể sơ đồ hoá như sau:



Sơ đồ trên cho thấy khi vi khuẩn lây nhiễm cho 100 người, nếu không kèm nhiễm HIV thì chỉ có 10 người bị bệnh, còn 90 người sẽ ở trong trạng thái nhiễm lao cả đời. Nhưng khi phối hợp với nhiễm HIV thì khả năng lao nhiễm chuyển sang lao bệnh ít nhất là 30 người (30%), cao hơn hẳn ở những người nhiễm lao HIV (-).

Người ta còn nhận xét là những trường hợp bị bệnh lao thì 80% sẽ bị bệnh trong 2 năm đầu, kể từ khi bị nhiễm và một nửa số bệnh nhân này sẽ trở thành nguồn lây mới, tiếp tục làm lây nhiễm cho người lành. Sơ đồ sau đây có thể thấy rõ sự lan truyền này.



Như vậy khi chưa có đại dịch HIV/AIDS, để tạo ra một nguồn lây mới, thì một nguồn lây phải lây nhiễm cho 20 người. Nhưng khi nhiễm lao phổi hợp với nhiễm HIV thì với 20 người nhiễm đã có tới 7 người bị bệnh lao.

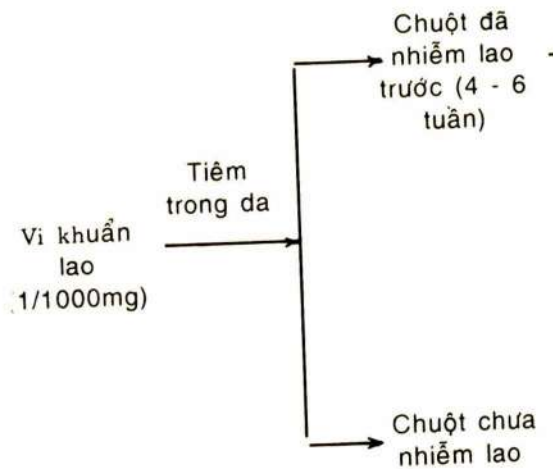
Trong số bệnh nhân này sẽ có ít nhất là 3 trường hợp là nguồn lây mới. Rõ ràng HIV đã tác động "cấp số nhân" gấp nhiều lần vào dịch tễ bệnh lao làm cho số bệnh nhân lao tăng lên, số nguồn lây trong cộng đồng tăng lên và dĩ nhiên bệnh lao trẻ em cũng tăng lên. Đây là chưa kể đến nguồn lây là những bệnh nhân lao HIV (+) có vi khuẩn lao kháng thuốc nhiều hơn, có thể lây cho trẻ mắc bệnh lao có vi khuẩn kháng thuốc.

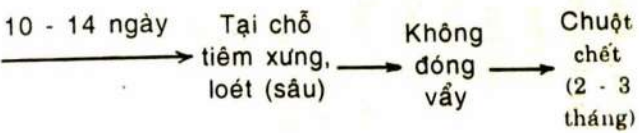
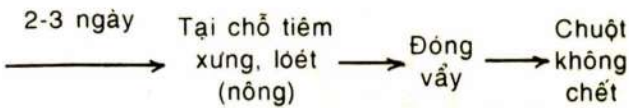
Giải quyết nguồn lây bằng cách phát hiện sớm và điều trị đúng đắn là làm mất một mắt xích quan trọng trong vòng xoắn lan truyền và tồn tại của bệnh lao. Có thể nói việc **giải quyết nguồn lây** là biện pháp phòng bệnh hiệu quả nhất đối với bệnh lao cả ở trẻ em và người lớn.

2. TIÊM PHÒNG LAO BẰNG VACCIN BCG

2.1. Cơ sở khoa học của tiêm phòng lao

Cách đây hơn 1 thế kỷ, vào năm 1891, sau 9 năm phát minh ra vi khuẩn lao (1882), chính R.Koch đã công bố một thực nghiệm nổi tiếng do chính ông tiến hành đã gây một tiếng vang lớn trong y học thế giới và đến nay được mang tên ông, gọi là "hiện tượng Koch". Thực nghiệm của R.Koch có thể tóm tắt như sau:





Kết quả của thực nghiệm này cho thấy cùng một loại vi khuẩn lao (có số lượng và độc lực như nhau), nhưng khi đưa vào cơ thể chuột đã nhiễm lao trước đó và chưa nhiễm lao thì hiện tượng xảy ra khác nhau. Những con chuột chưa bị nhiễm lao trước đó thì sau 10 - 14 ngày tại chỗ tiêm mới sưng và loét. Vết loét ngày càng lan rộng và tồn tại cho tới khi chuột chết (sau 2 - 3 tháng). Hiện tượng xảy ra khác hẳn ở những con chuột trước đó đã được nhiễm lao; chỉ sau 2 - 3 ngày đã xuất hiện vết loét, nhưng loét nông, sau đó đóng vảy và chuột không bị chết. Từ thực nghiệm của R.Koch có thể rút ra kết luận là những cơ thể đã nhiễm lao, thì có khả năng đề kháng lại vi khuẩn lao xâm nhập vào các lần sau. Cơ sở lý luận khoa học đó đã hướng cho các nhà khoa học đi tìm một chủng vi khuẩn lao đưa vào cơ thể con người không gây bệnh, nhưng gây được miễn dịch cho cơ thể để chống lại bệnh lao.

2.2. BCG là gì

Hai nhà bác học người Pháp là Calmette và Guérin đã kiên trì nghiên cứu trong 13 năm, cấy chuyển loại vi khuẩn lao bò 231 lần trong môi trường có glycerin, khoai tây, mật bò từ năm 1908 đến năm 1921. Hai ông đã biến một chủng vi khuẩn lao bò độc lực, có khả năng gây bệnh thành loại vi khuẩn giảm độc lực, không còn khả năng gây bệnh, nhưng vẫn gây

được dị ứng, miễn dịch cho cơ thể. Loại vi khuẩn này được mang tên hai ông (Bacillus Calmette - Guérin = BCG). Từ đó BCG đã được sử dụng để tiêm phòng bệnh lao ở nhiều nước và được coi là một vũ khí quan trọng để phòng bệnh lao. Đến năm 1980, BCG đã được coi như bắt buộc dùng tại 64 nước và chính thức khuyến dùng ở 118 nước (3/4 tổng số nước của 5 châu lục, hầu hết ở các nước có nền kinh tế đang phát triển). Những năm cuối của thế kỷ XX này, tuy có một vài ý kiến khác nhau về vai trò của BCG ở những vùng có nhiều trực khuẩn kháng cồn, kháng toan không điển hình (*M. Atipiques*), nhưng đối với các nước nghèo, bệnh lao còn trầm trọng, thì tiêm phòng vaccin BCG vẫn là một nội dung quan trọng của chương trình chống lao ở một quốc gia.

2.3. Các loại BCG

- Loại BCG cổ điển nhất được dùng dưới dạng dung dịch lỏng

Nhược điểm của loại BCG này là sau khi pha chế chỉ dùng được trong nửa tháng. Hiện nay hầu như không được sử dụng.

- BCG "chết": Một số tác giả sử dụng BCG đã được giết bằng sức nóng nhẹ (42 - 43°C) để phòng bệnh lao. Thuận lợi của loại vaccin này là không cần phải bảo quản lạnh, sử dụng thuận tiện. Nhưng thời gian bảo vệ của loại vaccin này ngắn, cần phải tái

chúng hàng năm. Một công việc không thể thực hiện được, vì vậy loại BCG này hiện nay cũng không được sử dụng.

- BCG đông khô (BCG sống): Đây là loại vaccin được dùng rộng rãi hiện nay ở nhiều nước, trong đó có nước ta. BCG loại này cần được bảo quản ở nhiệt độ lạnh (tốt nhất là khoảng 4°C) tránh ánh nắng. Tiêm phải đúng kỹ thuật là tiêm trong da. Nếu bảo quản không tốt, kỹ thuật tiêm không đúng thì khả năng bảo vệ sẽ giảm.

2.4. Đối tượng tiêm và những trường hợp tạm hoãn

Ở những nước bệnh lao còn phổ biến (như ở nước ta), nguồn lây nhiều trẻ em có thể bị bệnh sớm, thì tiêm BCG cho trẻ càng sớm càng tốt. Chương trình chống lao quốc gia ở nước ta chủ trương tiêm cho trẻ sơ sinh và trẻ dưới 1 tuổi. Ở các thành phố, số trẻ sơ sinh thường tập trung ở các nhà hộ sinh thì tốt nhất là tiêm ngay ở thời kỳ sơ sinh. Vùng nông thôn, miền núi, do phân tán, có thể tổ chức tiêm cho trẻ sơ sinh và những trẻ dưới 1 tuổi chưa được tiêm. Ở một số nước người ta còn có chủ trương tái chủng cho trẻ ở lứa tuổi 6 và 14. Nhưng không ít tác giả cho rằng không cần tái chủng BCG.

Ở nước ta vấn đề tái chủng vaccin BCG chưa đặt ra. Tất cả trẻ em đều cần được tiêm vaccin BCG,

không có chống chỉ định tuyệt đối cho đối tượng nào. Tuy nhiên, có thể tạm hoãn tiêm cho các trường hợp sau đây: trẻ đang bị bệnh nhiễm khuẩn cấp, các bệnh ngoài da đang tiến triển, trẻ đẻ non thiếu cân, suy dinh dưỡng nặng...

2.5. Kỹ thuật tiêm vaccin BCG

Vaccin BCG được tiêm trong da. Người ta dùng bơm và kim tiêm chuyên dụng (bơm tiêm 1 ml có chia đến 1/10 ml, kim tiêm 1 - 2 cm có vát ngắn số 25 - 26). Vị trí tiêm theo quy định là vùng giữa 1/3 trên và 2/3 dưới, mặt ngoài chéch sau cánh tay trái, phía dưới vùng cơ delta. Liều lượng là 0,05 mg tương đương với 1/10 ml, tại vị trí tiêm nổi vết sẩn đường kính 4 - 5 mm.

2.6. Diễn biến tại chỗ tiêm

- *Phản ứng bình thường*: Tại nơi tiêm sau 3 - 4 tuần có nốt xung nhỏ có thể dò dịch, tồn tại trong vài tuần. Sau đó lên vẩy, vẩy bong để lại vết sẹo 4 - 5 mm tồn tại trong nhiều năm.

- *Biến chứng*: Có thể xảy ra nhưng với tỷ lệ rất ít. Khoảng 0,1 - 4% có viêm hạch nách. Nếu hạch dò có thể dùng dung dịch isoniazid 1% bôi vào lỗ dò, thường là hết dò và đóng vẩy. Nếu hạch dò kéo dài có thể kết hợp uống isoniazid 5 mg/kg/24 giờ từ

3 đến 6 tháng. Trường hợp viêm tủy xương do BCG (tỷ lệ rất thấp: 0,1/100.000 trẻ) thì cần điều trị như điều trị bệnh lao. Những trường hợp này không nên dùng pyrazinamid vì BCG nguồn gốc từ chủng vi khuẩn lao bò nên kháng thuốc này.

2.7. Khả năng bảo vệ của vaccin BCG

2.7.1. Đánh giá hiệu quả dị ứng sau tiêm BCG:

Thông thường kiểm tra dị ứng bằng phản ứng Tuberculin P.P.D (Purified Protein Derivative) 10 đơn vị, sau khi tiêm 3 tháng. Nếu phản ứng dương tính là cơ thể trẻ đã có dị ứng. Vì trong nhiễm khuẩn lao (kể cả nhiễm BCG) dị ứng thường đi đôi với miễn dịch, khi có dị ứng, tức là cơ thể trẻ đã có sức đề kháng với vi khuẩn lao.

Việc kiểm tra dị ứng bằng phản ứng Tuberculin phải tiến hành cho tất cả những trẻ đã được tiêm là một việc rất khó thực hiện. Vì vậy ở nhiều nước (cũng như ở nước ta) hiện nay chủ yếu là kiểm tra sẹo do tiêm BCG để lại. Nhưng cần chú ý là trẻ có sẹo, chỉ là bằng chứng đã được tiêm BCG, chứ không thể đánh giá được việc tiêm phòng đã gây được miễn dịch cho trẻ chống lại bệnh lao. Vì khi tiêm vi khuẩn BCG đã chết hoặc tiêm không đúng kỹ thuật (tiêm dưới da) cũng tạo được vết sẹo.

2.7.2. Khả năng bảo vệ của BCG:

Khả năng bảo vệ của BCG đã được nhiều công trình nghiên cứu. Có thể kể tới một số công trình tiêu biểu nghiên cứu về khả năng bảo vệ của BCG đối với bệnh lao mà mọi người đều biết đến. Aronson J.D. nghiên cứu trong 20 năm (1936 - 1956) với 1551 người được tiêm BCG và 1457 người không được tiêm phòng lao ở người da đỏ (Bắc Mỹ), tất cả từ 0 đến 20 tuổi. Kết quả cho biết số người không được tiêm bị bệnh lao gấp 5 lần so với những người được tiêm. Một nghiên cứu khá quy mô của Hội đồng nghiên cứu y học Anh (BMRC) năm 1963, theo dõi 48.000 học sinh ở lứa tuổi 14 - 15 nhận thấy trong số 13.598 trẻ có phản ứng Tuberculin âm tính chỉ có 48 trường hợp bị mắc lao trong 10 năm. Trong khi 12.867 trẻ cũng có phản ứng Tuberculin âm tính không được tiêm BCG thì có tới 213 trẻ bị bệnh trong thời gian đó.

Hyge (Đan Mạch) đã rất ngẫu nhiên có một theo dõi ở 3 nhóm nữ sinh có số lượng gần giống nhau bao gồm:

- 106 người có phản ứng Tuberculin âm tính không được tiêm BCG (nhóm 1).
- 94 người có phản ứng Tuberculin âm tính được tiêm BCG (nhóm 2).
- 105 người có phản ứng Tuberculin dương tính không tiêm BCG (nhóm 3).

Cả 3 nhóm đều được tiếp xúc với một thầy giáo bị lao hang có AFB trong đờm. Kết quả sau 12 năm ở nhóm 1 có tới 55 người bị lao, trong khi ở nhóm 2 chỉ có 2 người bị bệnh. Còn ở nhóm 3 cũng chỉ có 9 người bị bệnh.

Những nghiên cứu công phu nhiều năm của nhiều tác giả trên thế giới cho thấy khả năng bảo vệ của vaccin BCG rất khác nhau từ 31 đến 98%, trung bình khả năng bảo vệ đạt 60 - 70%. Sau khi tiêm từ 4 đến 6 tháng thì bắt đầu có hiệu lực bảo vệ. Đối với BCG đông khô thời gian bảo vệ có thể kéo dài tới 10 năm, thậm chí còn dài hơn.

Trong thực nghiệm, người ta nhận thấy BCG đã hạn chế sự lan tràn của vi khuẩn lao ở súc vật thực nghiệm. Còn trên lâm sàng, nhận định được hầu hết các tác giả thống nhất là BCG giúp trẻ ít mắc các thể lao nặng dễ có nguy cơ tử vong như lao kê, lao màng não... BCG không có tác dụng làm giảm nguồn lây trong cộng đồng, tác dụng có thể bị hạn chế ở vùng có nhiều trực khuẩn kháng cồn, kháng toan không điển hình. Như vậy những trẻ đã được tiêm BCG (đảm bảo chất lượng và kỹ thuật) có thể hạn chế khả năng mắc các thể lao nặng. Cũng cần lưu ý rằng dù trẻ đã tiêm BCG, nhưng tiếp xúc với nguồn lây vẫn có thể bị bệnh lao. Vì vậy tiêm vaccin BCG đi đôi với phát hiện và điều trị bệnh lao là nguồn lây, thì mới giảm được bệnh lao.

2.8. Tiêm phòng lao ở trẻ nhiễm HIV/AIDS

Mặc dù BCG là chủng vi khuẩn lao bò đã giảm độc lực, hầu như không còn khả năng gây bệnh, nhưng ở những trẻ bị nhiễm HIV/AIDS cơ thể quá suy giảm miễn dịch, người ta vẫn sợ BCG lan tràn khắp cơ thể. Tổ chức y tế thế giới đã khuyến cáo là khi trẻ có triệu chứng của bệnh do HIV thì không được tiêm BCG. Ở những nước có tỷ lệ lao cao, những trẻ tuy bị nhiễm HIV mà không có biểu hiện của bệnh, thì vẫn nên được tiêm phòng lao. Việc xác định trẻ sinh ra từ các bà mẹ bị nhiễm HIV có bị nhiễm HIV hay không trong năm đầu là khó khăn. Vì kháng thể từ mẹ có thể truyền sang con, nên phản ứng huyết thanh dương tính với HIV. Sau khoảng 15 tháng, nếu trẻ không bị nhiễm thì nồng độ kháng thể sẽ giảm và hết. Như vậy ở các nước bệnh lao còn nặng nề, tiêm phòng lao thực hiện trong năm đầu tiên cũng vẫn có thể tiến hành được ở những trẻ khoẻ mạnh sinh ra từ những bà mẹ nhiễm HIV.

3. DỰ PHÒNG HOÁ HỌC

Dự phòng hoá học được đặt ra từ thập kỷ 50 - 60, chủ yếu là uống isoniazid vì thuốc rẻ, ít tác dụng ngoại ý. Trong thực nghiệm nếu tiêm vi khuẩn lao cho súc vật, đồng thời chúng được uống isoniazid thì trong thời gian uống thuốc bệnh không xuất hiện.

Những nghiên cứu trên lâm sàng cũng đã cho biết dự phòng isoniazid có thể giảm tỷ lệ tử vong từ lao nhiễm sang bệnh lao từ 3 đến 6 lần so với nhóm không được uống thuốc. Hiện nay người ta áp dụng hình thức thuốc dự phòng cho những trường hợp sau:

3.1. Dự phòng nhiễm lao: áp dụng cho trẻ chưa bị nhiễm lao, nhưng có nhiều nguy cơ bị nhiễm:

- Trẻ bú mẹ, mẹ bị bệnh lao có vi khuẩn (AFB) trong sữa.

- Trẻ nhỏ dưới 5 tuổi tiếp xúc chặt chẽ với nguồn lây (AFB+).

3.2. Dự phòng sau khi đã nhiễm lao Tác dụng của hình thức dự phòng này là phòng không cho chuyển từ lao nhiễm sang lao bệnh.

- Trẻ mới nhiễm lao: thể hiện bằng chuyển phản ứng Tuberculin từ âm tính thành dương tính.

- Trẻ nhỏ tiếp xúc với nguồn lây, có phản ứng Tuberculin dương tính mạnh.

3.3. Dự phòng cho những trẻ đã nhiễm HIV Đây là khuyến khích được nhiều nhà chuyên môn tán đồng, vì những trẻ đã nhiễm HIV thì dễ bị lao.

3.4. Thuốc dự phòng: chủ yếu là isoniazid, liều lượng 5 mg/kg/24 giờ thời gian dùng ít nhất là 6 tháng. Do khó khăn vì phải dùng thuốc kéo dài, gần đây người ta áp dụng cả rifampicin dự phòng trong 4 tháng,

thậm chí kết hợp cả rifampicin và pyrazinamid thời gian dự phòng rút xuống còn 2 tháng.

Dự phòng hoá học có thể giảm được khả năng bị bệnh lao cho một số đối tượng, nhưng không phải là không có những khó khăn. Với những đối tượng trên đây, nhất là khi đại dịch HIV/AIDS đang lan tràn khắp hành tinh, số trẻ em cần dự phòng cũng không ít, sẽ tốn kém. Những trường hợp đã bị bệnh lao, không chẩn đoán được vẫn cho thuốc dự phòng, thì vô tình đã chữa bệnh lao bằng một thuốc, sẽ tạo ra chủng vi khuẩn kháng thuốc, rất nguy hiểm. Những khó khăn trên đây, có lẽ là lý do làm cho dự phòng hoá học bệnh lao chưa được áp dụng rộng rãi để phòng bệnh cho trẻ em ở nước ta cũng như nhiều nước trên thế giới.

4. Những điểm cần chú ý khi mẹ bị lao trong thời kỳ thai nghén

Bệnh lao không di truyền từ mẹ sang con, điều này đã được y học khẳng định. Bệnh lao bẩm sinh cũng rất ít gặp. Trong thực tế, khi mẹ bị bệnh lao cần chú ý một số điểm đối với thai nhi. Khi điều trị bệnh lao cho mẹ cần phải thận trọng sử dụng streptomycin và kanamycin. Vì các thuốc này có thể độc với thính giác của thai nhi, gây điếc khi trẻ ra đời. Dùng rifampicin trong thời kỳ 3 tháng đầu thai nghén, theo một số công bố trên thực nghiệm có thể ảnh

hưởng tới sự phát triển của bào thai. Việc sử dụng quang tuyến cần hết sức hạn chế nhất là 3 tháng đầu. Nếu phải chiếu, chụp cần bảo vệ tốt người mẹ, đặc biệt là thai nhi. Nếu có các chỉ định thủ thuật về sản khoa vẫn có thể tiến hành được. Vấn đề phá thai do lao không đặt ra trong tuyệt đại đa số các trường hợp. Việc tiêm phòng vaccin BCG cho trẻ sơ sinh là bắt buộc, còn cách ly giữa mẹ và con chỉ cần thiết khi mẹ bị lao phổi có AFB trong đờm lúc trẻ ra đời. Thời gian cách ly là 3 tháng để đủ thời gian cho BCG gây được miễn dịch cho trẻ và người mẹ đã được điều trị hết AFB trong đờm. Cần lưu ý rằng sau đẻ là thời kỳ bệnh lao rất dễ phát sinh và phát triển, cần phải phát hiện sớm ở những người mẹ này để điều trị kịp thời. Nếu không phát hiện kịp thời thì là nguồn lây hết sức nguy hiểm do mẹ truyền cho con. Ngay ở lứa tuổi sơ sinh trẻ đã có thể bị bệnh, với những thể lao nặng đe dọa tới tính mạng như lao kê, lao màng não, lao nhiều bộ phận trong cơ thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Việt Cô - Một số tình hình bệnh lao ở trẻ em Việt Nam và các biện pháp phòng chống (đề tài cấp nhà nước - KY01-16), Hà Nội, 1995.

2. Nguyễn Việt Cô, Trần Văn Sáng, Lê Dung, Nguyễn Thị Khơi - Một số nhận xét về bệnh lao phổi mạn tính ở trẻ em tại khoa nhi Viện lao - Bệnh phổi (1988 - 1992), Nội san lao - bệnh phổi, 1995, 19, 73-80.

3. Gerbeau J. - Lao sơ nhiễm trẻ em, NXBYH, Hà Nội, 1977 (tài liệu dịch).

4. Nguyễn Phương Hoa, Nguyễn Nhất Linh, Trần Thị Phương, Trần Văn Sáng - Nhận xét so sánh giữa 2 nhóm lao màng não ở trẻ em tử vong và không tử vong điều trị tại Viện lao - Bệnh phổi (1988 - 1992), Nội san lao - bệnh phổi, 1994, 14, 79 - 84.

5. Bùi Đại Lịch - Một số đặc điểm lâm sàng và sinh học bệnh lao trẻ em, luận án PTS Khoa học y dược, Hà Nội, 1993.

6. Lê Phúc Phát - Bệnh lao trẻ em qua 10 năm (1981 - 1990), nghiên cứu tại khoa giải phẫu bệnh Viện Bảo vệ sức khỏe trẻ em, báo cáo khoa học tại Viện lao - Bệnh phổi tháng 6 - 1997.

7. Phạm Khắc Quảng, Phan Trí, Nguyễn Đức Khoan

Nhận xét 205 trường hợp lao màng não điều trị ở bệnh viện Bạch Mai, Nội san lao - bệnh phổi, 1966, 8, 50 - 56.

8. Trần Văn Sáng, Phạm Quang Tuệ - Góp phần nghiên cứu hình ảnh X quang của lao sơ nhiễm phổi, nhân 63 trường hợp, Nội san lao - bệnh phổi, 1995, 19, 94 - 100.

9. Phạm Kim Thanh - Góp phần xây dựng tiêu chuẩn chẩn đoán và bước đầu đánh giá hiệu quả của hoá trị liệu ngăn ngừa đối với lao màng não trẻ em, luận án PTS Y học, Hà Nội, 1995.

10. Hoàng Trung Tráng - Nghiên cứu giá trị chẩn đoán định hướng tràn dịch màng phổi do lao và ung thư bằng một số xét nghiệm sinh hoá dịch màng phổi - Luận án Thạc sĩ y học, Hà Nội, 1997.

11. Boris V.M - Chẩn đoán phân biệt hạch bạch huyết trung thất ở trẻ em - Những vấn đề bệnh lao, NXBYH, Mascova, 1990, 6, 27 - 30 (tiếng Nga).

12. Chaulet P.- Children in the tropics, Paris, 1992.

13. Crofton J., Horne N., Miller F. - Clinical Tuberculosis, Macmillan Education LTD London, 1992.

14. Ghidey Y. Habte D. - Tuberculosis in childhood, an analysis of 412 cases Ethiop. Med. J. 1983, 21, 161 - 167.

15. Migliori G.B., Borghesi A., Rossanigo P.etal.

Proposal of an improved score method for the diagnosis of pulmonary TB. in childhood in developing countries, *Tuber, lung disease* 1992, Vol. 73, 3, 145 - 149.

16. Staske J.R. - Childhood Tuberculosis in the 1990 - *Pediatric annals* 1993, 22, 550 - 560.

17. Styblo K. - The epidemiology of TB children, *Tsru Idatld, Proress report*, 1991, 1, 175 - 183.

18. Xilla T., Ussery M.D., Sarah E. et al.

Epidemiology of Tuberculosis among children in the United States: 1985 to 1994, *Pedi. Infect, Dis, J.*, 1996, 15, 697 - 704.

19. Udani P.M. - Diagnosis of childhood tuberculosis in India using Udani's scoring technique, *Mediwave*, 1993, 25 - 32.

20. Who - report on the Tuberculosis Epidemic Geneva 1995.

21. WHO - TB deaths reach Historic levels: "not only has TB returned, It's Worse than ever", Geneva, 21 March, 1996.

22. WHO - Tuberculosis and children: the missing diagnosis, A special Supplement to *child health*, April - June, 1996.

MỤC LỤC

	<i>Trang</i>
1- Lời nói đầu	3
2- Bệnh lao trẻ em - mối quan tâm của mọi quốc gia trên thế giới	5
3- Sinh bệnh học bệnh lao trẻ em	13
4- Các phương pháp chẩn đoán bệnh lao trẻ em	28
5- Lâm sàng, chẩn đoán, điều trị và dự phòng các thể bệnh lao trẻ em.	46
6- Điều trị bệnh lao trẻ em: Những điều cần chú ý.	205
7- Những biện pháp phòng bệnh lao trẻ em.	214

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

BỆNH LAO TRẺ EM

Chịu trách nhiệm xuất bản

HOÀNG TRỌNG QUANG

NGUYỄN THỊ KIM LIÊN

Biên tập:

NGUYỄN THỊ HẰNG

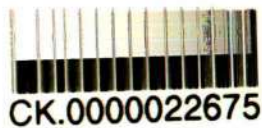
Sửa bản in:

NGUYỄN THỊ HẰNG

Trình bày bìa:

DOÃN VƯỢNG

In 1.000 cuốn khổ 13x19cm tại Xưởng in Nhà xuất bản Y học.
Giấy phép xuất bản số:372-96/XB-QLXB ngày 28/01/2002.
In xong và nộp lưu chiểu quý IV năm 2002



CK.0000022675

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

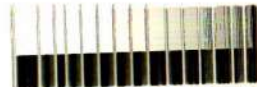
Địa chỉ: 352 Đội Cấn - Ba Đình - Hà Nội

Điện thoại: 04.7625934 - 7627819 - Fax: 84.4.7625923

E-mail: xuatbanyhoc@netnam.vn

MS 61 - 616N.2 96 - 2002
YH - 2002





CK.0000022675

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Địa chỉ: 352 Đội Cấn - Ba Đình - Hà Nội

Điện thoại: 04.7625934 - 7627819 - Fax: 84.4.7625923

E-mail: xuatbanyhoc@netnam.vn



MS 61 - 616N.2 96 - 2002
YH - 2002

