

Bài 12

PHÒNG BỆNH LAO

MỤC TIÊU

1. Kể được các biện pháp phòng bệnh lao.
2. Trình bày biện pháp phòng bệnh lao ở trẻ em bằng vaccin BCG.
3. Nêu được nội dung hoá học dự phòng bệnh lao.

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh lao là một bệnh nhiễm khuẩn, một bệnh lây. Nguyên nhân gây bệnh lao là do vi khuẩn lao từ người bệnh sang người lành. Nguồn lây là những bệnh nhân lao nói chung, đặc biệt là lao phổi khạc ra vi khuẩn lao trong đờm tìm thấy được bằng phương pháp nhuộm soi trực tiếp là nguồn lây bệnh nguy hiểm nhất. Việc giải quyết nguồn lây và bảo vệ người khỏi bị lây bệnh là hai mặt chính trong công tác phòng bệnh lao ở nước ta.

2. GIẢI QUYẾT NGUỒN LÂY

2.1. Phát hiện nguồn lây

Tất cả những bệnh nhân lao, dù bệnh khu trú ở bộ phận nào trong cơ thể đều do vi khuẩn lao gây nên và đều có thể là nguồn lây. Đặc biệt những bệnh nhân lao phổi khạc ra vi khuẩn lao trong đờm tìm thấy bằng phương pháp nhuộm soi trực tiếp là nguồn lây nguy hiểm nhất. Những trường hợp này có khả năng lây cho người lành xung quanh gấp 10 – 20 lần so với những trường hợp lao ngoài phổi hay lao phổi AFB(-). Thời gian nguy hiểm của nguồn lây bắt đầu từ lúc có triệu chứng đầu tiên đến khi được điều trị đặc hiệu, mức độ nguy hiểm của nguồn lây giảm dần khi được điều trị đặc hiệu từ 2 tuần trở lên. Một nguồn lây hết nguy hiểm không có nghĩa là bệnh đã khỏi, khả năng lây càng mạnh khi có tiếp xúc với nguồn lây trực tiếp thường xuyên, liên tục. Đường xâm nhập của vi khuẩn lao vào cơ thể có thể bằng nhiều đường khác nhau, nhưng chủ yếu là đường hô hấp, vi khuẩn lao từ người bệnh sang người lành qua đường hô hấp vào phế nang gây tổn thương đặc hiệu tại phổi, khoảng 10% những người bị nhiễm lao sẽ chuyển sang lao bệnh và trở thành những nguồn lây mới.

Phát hiện nguồn lây hiện nay có nhiều biện pháp nhưng Chương trình chống lao quốc gia nước ta chú trọng nhất vẫn là công tác phát hiện thụ động, đối tượng tập trung chủ yếu là những người có triệu chứng nghi ngờ bị lao. Đặc biệt là triệu chứng ho khạc đờm kéo dài trên 2 tuần, có ho ra máu. Tất cả những trường hợp này đều phải được thăm khám và làm xét nghiệm đờm bằng nhuộm soi trực tiếp 3 lần liên tiếp để tìm AFB. Việc chẩn đoán sớm và điều trị triệt để nguồn lây là rút ngắn được thời gian lây truyền nguy hiểm của nguồn lây, bảo vệ cho người lành khỏi nhiễm và mắc lao.

2.2. Điều trị triệt để nguồn lây

Điều trị nguồn lây luôn luôn phải tuân theo nguyên tắc chung cho mọi thể lao. Cần chú ý phối hợp đầy đủ thuốc, thời gian điều trị tấn công phải phối hợp ít nhất 3 loại. Phải đảm bảo đủ thời gian, đủ liều lượng và thường xuyên kiểm tra theo dõi việc dùng thuốc cũng như diễn biến bệnh. Thuốc chống lao hiện nay vẫn chủ yếu là 5 loại chính: streptomycin, rifampicin, isoniazid, pyrazinamid và ethambutol. Các công thức điều trị sẽ được chỉ định cụ thể đối với từng thể bệnh theo sự hướng dẫn của Chương trình chống lao quốc gia.

3. BẢO VỆ CƠ THỂ KHỎI BỊ LÂY

3.1. Tiêm phòng lao bằng vaccin BCG

3.1.1. Nguyên lý: Dựa vào hiện tượng Koch (1918) những cơ thể đã nhiễm lao thì hình thành đáp ứng miễn dịch chống vi khuẩn lao. Đáp ứng miễn dịch này giúp cho cơ thể khu trú và tiêu diệt được vi khuẩn lao, không cho chúng lan tràn khi xâm nhập vào cơ thể lần thứ hai.

3.1.2. Bản chất: Năm 1908 hai nhà bác học người Pháp là Calmett và Guerin đã lấy một chủng vi khuẩn lao bò chứa nhiều độc lực, nuôi cấy sau 231 lần chuyển môi trường trong vòng 13 năm, các tác giả đã tạo ra một chủng vi khuẩn lao có khả năng tạo nên miễn dịch và dị ứng nhưng không gây độc cho cơ thể. Chủng vi khuẩn này gọi BCG (Bacillus Calmett Guerin). Vaccin BCG được sử dụng để phòng bệnh lao cho người từ năm 1921 cho đến nay vẫn là vaccin phòng lao được dùng phổ biến, rộng rãi ở trên thế giới cũng như ở Việt Nam.

3.1.3. Phân loại

3.1.3.1. BCG sống: Dùng phổ biến hiện nay là loại đông khô, ưu điểm là giữ được lâu, tác dụng mạnh, nếu giữ ở điều kiện môi trường và bảo quản tốt có thể giữ được 12 tháng, loại này phù hợp với hoàn cảnh của nước ta.

3.1.3.2. BCG chết: Từ 1947 – 1950 Chouroun và Yamada (Nhật) nghiên cứu vaccin BCG chết nhưng hiệu quả ít. Từ 1959 – 1960 Viện chống lao và Viện vệ sinh dịch tễ nghiên cứu vaccin BCG chết ở 43°C, giết trong một tháng mang lại kết quả tốt, gây được miễn dịch dị ứng như vaccin BCG sống. Nhưng thời gian tồn tại của vaccin BCG chết ngắn, phải tái chủng hàng năm tốn kém.

3.1.4. Chỉ định dùng vaccin BCG: Người chưa nhiễm lao khi làm phản ứng Mantoux sẽ âm tính. Ở Việt Nam hiện nay tiêm chủng tập chung chủ yếu ở trẻ sơ sinh và tiêm vét ở trẻ dưới một tuổi. Đối với trẻ đã nhiễm HIV nhưng chưa có triệu chứng lâm sàng, sống ở nơi có nguy cơ mắc lao cao cần tiêm vaccin BCG ngay lúc mới sinh hoặc càng sớm càng tốt. Đối với trẻ đã nhiễm HIV có triệu chứng lâm sàng thì không nên tiêm. Nếu mẹ bị nhiễm HIV, con có nguy cơ nhiễm lao tiêm càng sớm càng tốt. Khả năng bảo vệ của BCG giảm dần theo thời gian, vì vậy nếu có điều kiện thì tiêm nhắc lại ở lứa tuổi học cấp I cấp II, tổ chức tiêm 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng tiêm vét một đợt.

3.1.5. Chống chỉ định: Không có chống chỉ định tuyệt đối, chống chỉ định tương đối trong những trường hợp:

- Trẻ đẻ non, thiếu tháng.
- Đang nhiễm khuẩn cấp.
- Sau một bệnh cấp tính. Nhiễm vi rus cúm, sởi.
- Nhiễm HIV có triệu chứng lâm sàng.

3.1.6. Liều lượng và phương pháp

- Uống gây dị ứng với tỷ lệ 60%.
- Chủng gây dị ứng với tỷ lệ 70 – 80%.
- Tiêm trong da: gây dị ứng với tỷ lệ 95%. Hiện nay ở Việt Nam và thế giới áp dụng phương pháp này.

Liều lượng: lần đầu 1/10 mgBCG tương ứng 1/10ml dung dịch. Nếu tiêm nhắc lại 1/20mg BCG tương đương 1/20ml dung dịch.

Vị trí tiêm: mặt ngoài của cơ delta vai trái.

3.1.7. Tác dụng bảo vệ của vaccin BCG: Tiêm vaccin BCG là một phương pháp gây miễn dịch chủ động cho cơ thể, đặc biệt với vi khuẩn lao, có tác dụng phòng bệnh lao. Đây là một trong những điểm cơ bản quan trọng trong Chương trình Chống lao quốc gia.

Kiểm tra khả năng miễn dịch của BCG thường sau khi tiêm 3 tháng, có thể dùng phản ứng Mantoux hoặc BCG test để kiểm tra. Nếu tiêm tốt, đúng kỹ thuật thấy 100% trẻ có sẹo. BCG có tác dụng tạo miễn dịch 10 – 15 năm, làm giảm tỷ lệ mắc lao 14 – 30 lần so với trẻ không được tiêm BCG, làm giảm tỷ lệ mắc lao nặng từ 5 – 7 lần. Làm giảm tỷ lệ tử vong do lao xuống 5 lần, tuy nhiên khả năng bảo vệ của BCG phụ thuộc vào chủng, kỹ thuật và tùy từng bước.

3.1.8. Phản ứng bình thường tại nơi tiêm và biến chứng sau tiêm BCG: Thông thường sau khi tiêm 1 – 2 ngày, nốt tiêm sẽ tiêu đi. Sau 3 – 4 tuần sẽ thấy một cục nhỏ nổi lên tại nơi tiêm rồi to dần, mặt da sưng đỏ, bóng. Sau 6

tuần một lỗ rò xuất hiện, tiết dịch trong 2 – 3 tuần rồi làm vấy, ở tuần thứ 9 – 10 hình thành vòng tròn 5 – 6mm, xung quanh có quầng đỏ, sau vài tuần vấy rụng đi dần thành sẹo tồn tại nhiều năm. Tính chất của sẹo màu trắng, có thể hơi lõm. Có thể căn cứ vết sẹo này để kiểm tra biết được trẻ đã được tiêm BCG hay chưa.

Theo một số thống kê của Viện Lao - Bệnh phổi trung ương và của Chương trình Tiêm chủng mở rộng thì có khoảng 10 – 20% trường hợp nốt loét có thể to hơn (đường kính 5 – 8mm), làm mủ và kéo dài 3 – 4 tháng. Trong một số trường hợp nốt loét kéo dài trên 4 tháng mới đóng vẩy và biến thành sẹo, có thể dùng dung dịch isoniazid 1% hoặc bột isoniazid rắc tại chỗ những trường hợp này.

Viêm hạch sau khi tiêm BCG cũng là hiện tượng đáng lưu ý, qua các thống kê người ta cho rằng có khoảng 1% trường hợp sau khi tiêm BCG có thể thấy nổi hạch trong vòng 6 tháng đầu. Hạch có thể nhỏ, đường kính 0,5cm, có thể 1 – 2 cm, hạch thường nổi lên từ tuần thứ 3 – 4, to dần lên trong vòng 2 – 3 tuần, tồn tại có khi đến 3 tháng mới dần thu nhỏ lại; hạch thường cứng di động trong khu vực gần nơi tiêm (nách hoặc trên xương đòn) nếu tiêm cao. Nấn không đau, không ảnh hưởng đến sức khỏe của trẻ. Trong một số trường hợp, hạch sưng khá to, nấn hơi đau, mềm dần, dính vào mặt da, màu da đỏ lên, hạch làm mủ và rò ra ngoài, lỗ rò có thể liền miệng sớm nhưng cũng có khi kéo dài hoặc liền xong rồi lại rò lại hàng tháng, gây nhiều phiền phức. Đây chỉ là một biến chứng của tiêm phòng, không phải là lao hạch và cũng không ảnh hưởng gì đến sức khỏe. Nếu lấy mủ nơi rò đem nhuộm soi có thể thấy vi khuẩn bắt màu đỏ mà người ta dễ nhầm là vi khuẩn lao nhưng trong thực tế đó chỉ là xác vi khuẩn. Xử trí những trường hợp này, tốt nhất là không nên can thiệp, khi nơi tiêm làm mủ, nếu thấy có khả năng bị rò để tránh kéo dài và sẹo xấu có thể chọc hạch bằng kim hoặc chích và rửa sạch, rắc bột isoniazid tại chỗ.

Nhiễm khuẩn bệnh do vi khuẩn dùng để sản xuất vaccin BCG rất hiếm 0,1/100.000 trẻ, ở Việt Nam tỷ lệ này không có. Viêm xương (viêm tuỷ xương) hiếm gặp từ 0,1- 30/100.000 trẻ.

3.1.9. Tái chủng: Tái chủng hay tiêm nhắc lại phụ thuộc vào việc đánh giá thời gian tồn tại của miễn dịch sau khi tiêm BCG. Một vaccin tốt bảo quản đúng kỹ thuật, tiêm đúng có thể gây miễn dịch 10 – 15 năm. Do vậy tái chủng không nhất thiết phải thực hiện.

Ở Việt Nam coi tiêm vaccin BCG phòng lao cho trẻ sơ sinh và dưới 1 tuổi là một việc làm quan trọng trong Chương trình Chống lao quốc gia, được tiến hành từ 1959 – 1960. Hiện nay được lồng ghép vào Chương trình Tiêm chủng mở rộng toàn quốc.

3.2. Hóa dự phòng

Còn gọi là điều trị dự phòng, thực hiện từ khi phát minh ra tính năng tác dụng của isoniazid. Dự phòng hoá học đối với bệnh lao được áp dụng dưới 2 hình thức.

3.2.1. Dự phòng trước khi bị nhiễm lao: Đối tượng là những người tiếp xúc với nguồn lây trực tiếp, thường xuyên và liên tục. Cơ thể dễ có nguy cơ bị nhiễm lao, kể cả người nhiễm HIV.

3.2.2. Dự phòng sau khi bị nhiễm lao: Nhiều công trình nghiên cứu cho thấy những trường hợp bị nhiễm lao, được uống INH trong vòng 6 tháng đến 1 năm với liều 5-8mg/kg/24giờ đã làm giảm tỷ lệ bị bệnh lao xuống 3 – 6 lần so với nhóm không được điều trị dự phòng. Đối tượng điều trị dự phòng là trẻ em mới bị nhiễm lao, phản ứng Mantoux dương tính quá mạnh. Ngày nay với nguy cơ nhiễm HIV, hoá dự phòng lại có chỉ định rộng rãi hơn. Theo một số tác giả thì nên thực hiện hoá dự phòng trong thời đại HIV cho những đối tượng sau:

- Người nhiễm HIV dương tính, có phản ứng Mantoux cũng dương tính dù ở lứa tuổi nào.
- Người có phản ứng Mantoux dương tính thuộc nhóm có nguy cơ nhiễm HIV cao dù chưa rõ phản ứng với HIV.

4. CÁC BIỆN PHÁP KHÁC

Bệnh lao là một bệnh xã hội. Cuộc sống, sinh hoạt của người bệnh liên quan mật thiết với tình hình bệnh lao. Bệnh lao tăng lên ở những nước, những vùng có điều kiện kinh tế thấp kém và sự hiểu biết bệnh lao quá ít. Đói nghèo, tình trạng còi xương, suy dinh dưỡng là điều kiện thuận lợi làm gia tăng bệnh lao vì vậy việc nâng cao đời sống vật chất, tinh thần cho người dân là làm giảm nguy cơ bị bệnh lao. Cần cải thiện điều kiện sống, sinh hoạt, làm việc và làm trong sạch môi trường sống để làm giảm nguy cơ mắc bệnh.

Tóm lại, công tác phòng bệnh lao ở nước ta muốn thực hiện tốt và đạt hiệu quả cao cần phải chú ý đến 2 vấn đề: phát hiện sớm và điều trị triệt để đúng nguyên tắc những trường hợp bị lao, đặc biệt là lao phổi ho khạc ra vi khuẩn lao trong đờm tìm thấy bằng soi trực tiếp. Đây là nguồn lây nguy hiểm. Đồng thời phải tiêm vaccin BCG phòng lao cho trẻ sơ sinh và trẻ dưới 1 tuổi một cách đầy đủ, đúng kỹ thuật và đảm bảo chất lượng. Việc điều trị dự phòng bằng isoniazid cho những đối tượng dễ có nguy cơ bị nhiễm lao và đã nhiễm lao cũng hết sức cần thiết trong công tác phòng bệnh lao.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Kể được các biện pháp phòng bệnh lao.

2. Trình bày biện pháp phòng bệnh lao ở trẻ em bằng vaccin BCG.
3. Nêu được hoá học dự phòng trong bệnh lao.