

Bài 2

LAO SƠ NHIỄM

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng lao sơ nhiễm.
2. Nêu được các yếu tố chẩn đoán lao sơ nhiễm.
3. Kể được các biện pháp điều trị và phòng bệnh lao sơ nhiễm.

1. ĐẠI CƯƠNG

Lao sơ nhiễm bao gồm toàn bộ những biểu hiện về lâm sàng, sinh học và giải phẫu bệnh của một cơ quan trong cơ thể sau lần đầu tiên tiếp xúc với vi khuẩn lao.

Những trường hợp không có biểu hiện lâm sàng mà chỉ có thay đổi sinh học với bằng chứng là có phản ứng dương tính với Tuberculin thì được gọi là nhiễm lao hay lao sơ nhiễm tiềm tàng.

Vi khuẩn lao có thể xâm nhập vào cơ thể bằng 3 đường: hô hấp, tiêu hoá hoặc niêm mạc da. Tùy theo đường lây nhiễm bệnh mà biểu hiện lâm sàng khác nhau. Những biểu hiện sinh học (chuyển phản ứng) và tổn thương cơ bản đầu tiên (phức hợp sơ nhiễm) là giống nhau. Vấn đề được trình bày chủ yếu là lao sơ nhiễm ở phổi. Ở nước ta lao sơ nhiễm chưa được điều tra chính xác, ước tính là từ 10 đến 13 trên 100.000 trẻ em. Khoảng 50% trẻ bị bệnh lao điều trị tại chuyên khoa lao các tỉnh là lao sơ nhiễm .

2. SINH BỆNH HỌC

2.1. Nguyên nhân

- Vi khuẩn lao người là nguyên nhân chính gây bệnh lao sơ nhiễm, trong đó có cả những chủng đơn kháng thuốc hoặc đa kháng thuốc.
- Vi khuẩn lao bò gây bệnh với tỷ lệ thấp hơn. Trực khuẩn lao bò có trong sữa của những con bò bị lao vú.
- Trực khuẩn kháng cồn kháng acid không điển hình cũng có thể gây bệnh, nhất là ở trẻ có HIV/AIDS.

2.2. Đường lây bệnh

Vi khuẩn lao xâm nhập vào cơ thể gây tổn thương sơ nhiễm bằng ba con đường.

- Đường hô hấp: Do hít phải các giọt nước bọt có chứa từ 1 đến 2 vi khuẩn lao mà người bị lao phổi ho khạc bắn ra bên ngoài. Các giọt nước bọt này vào đến tận phế nang giống như các dị vật khác; vì phế quản gốc bên phải dốc hơn nên tổn thương thường nằm ở thùy dưới phổi phải.
- Đường tiêu hoá: Lây nhiễm theo con đường này phần lớn là do uống phải sữa tươi của những con bò bị lao vú chưa tiệt trùng hoặc tiệt trùng không đúng nguyên tắc. Do nuốt phải vi khuẩn lao lẫn trong thức ăn, đồ uống khác. Thể đặc biệt là lao sơ nhiễm bẩm sinh, do thai nhi nuốt phải nước ối hoặc dịch âm đạo có vi khuẩn lao do người mẹ bị lao nội mạc tử cung hoặc lao âm đạo.
- Đường da – niêm mạc: Lây nhiễm theo đường này hiếm gặp hơn, vi khuẩn lao có thể xâm nhập vào những vùng da sây sát, chảy máu hoặc những vùng niêm mạc mắt, họng... bị tổn thương.

2.3. Hình thành phức hợp sơ nhiễm và phản ứng dị ứng

Vi khuẩn lao gây tổn thương sơ nhiễm ở những nơi xâm nhập: phế nang phổi, niêm mạc ruột, tổ chức niêm mạc mắt, họng hoặc da hình thành ổ loét sơ nhiễm; sau đó theo đường bạch mạch vào các hạch khu vực, phát triển ở đây tạo thành phức hợp sơ nhiễm.

Trong suốt quá trình trên, cơ thể huy động các thành phần có chức năng bảo vệ: đại thực bào, lympho T đến tiếp xúc với vi khuẩn lao, dần dần hình thành những thay đổi sinh học tạo những phản ứng miễn dịch và dị ứng. Có thể phát hiện được bằng phản ứng Mantoux sau từ 2 đến 8 tuần kể từ khi trực khuẩn lao xâm nhập.

Giai đoạn phản ứng âm tính được gọi là giai đoạn tiền dị ứng. Giai đoạn phản ứng dương tính gọi là giai đoạn dị ứng. Khi phản ứng âm tính lần thứ trước trở thành dương tính lần thứ sau được gọi là hiện tượng chuyển phản ứng.

2.4. Điều kiện thuận lợi

2.4.1. Tuổi càng nhỏ nguy cơ mắc lao sơ nhiễm càng cao, nhất là ở những nước bệnh lao còn nặng nề, nguồn lây lao còn nhiều, sức chống đỡ của trẻ nhỏ kém do hệ thống bảo vệ chưa hoàn chỉnh, do ảnh hưởng của các bệnh khác: suy dinh dưỡng, còi xương, các bệnh nhiễm khuẩn nhiễm virus khác. Tuổi thông thường mắc bệnh lao sơ nhiễm là từ 1 đến 5 tuổi. Ở các nước phát triển, bệnh lao không đáng kể, nguồn lây ít, trẻ em được chăm sóc tốt nên tuổi mắc bệnh cao hơn, từ 8 – 12 tuổi. Rất ít gặp lao sơ nhiễm ở người lớn.

2.4.2. Nguồn lây rất quan trọng trong sự xuất hiện của lao sơ nhiễm.

Những người lao phổi tìm thấy trực khuẩn lao trong đờm bằng phương pháp soi trực tiếp là nguồn lây nguy hiểm. Sự tiếp xúc gần gũi với nguồn lây cùng sống trong một gia đình, đặc biệt là những người trực tiếp chăm sóc trẻ như người mẹ, người bà bị lao sẽ làm cho trẻ dễ bị lao sơ nhiễm.

2.4.3. Trẻ không tiêm vaccin BCG có nguy cơ mắc bệnh cao hơn trẻ đã tiêm. Tuy nhiên trẻ đã được tiêm vaccin tiếp xúc gần gũi với nguồn lây mạnh vẫn có khả năng lây bệnh. Hiệu quả bảo vệ của BCG khoảng 80%.

2.4.4. Suy giảm sức chống đỡ của cơ thể: Các bệnh nhiễm khuẩn, nhiễm virus đặc biệt là nhiễm HIV, suy dinh dưỡng... gây suy giảm hệ thống miễn dịch làm tăng nguy cơ mắc bệnh.

3. GIẢI PHẪU BỆNH

3.1. Đại thể

- Tổn thương cơ bản của lao sơ nhiễm phổi là phức hợp sơ nhiễm bao gồm:
 - + Ổ loét sơ nhiễm thường nằm ở thùy dưới phổi phải, có thể gặp ở các vị trí khác. Cắt qua ổ loét thấy ổ loét tròn, màu trắng hoặc vàng nhạt, có hoại tử bã đậu hoặc không. Kích thước thay đổi từ vài milimét đến 2 centimet đường kính.
 - + Đường bạch huyết viêm dày, có những nốt lao dọc theo đường đi.
 - + Hạch khí - phế quản là một hạch hoặc nhiều hạch to ra ở một nhóm hoặc nhiều nhóm tùy theo giai đoạn của bệnh.
- Ổ ruột: ổ loét sơ nhiễm nằm ở niêm mạc ruột, hạch to ở mạc treo hoặc tiểu khung.
- Ổ da niêm mạc: ổ loét nằm ở da hoặc niêm mạc, hạch to tương ứng ở sau tai, góc hàm, cổ hoặc bẹn.

3.2. Vi thể

Với những tiêu bản cắt qua ổ loét hoặc nốt lao trên đường bạch mạch, hạch phát hiện được nang lao điển hình hoặc những hình ảnh không đầy đủ như sự tập trung của lympho bào, tế bào bán liên.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

4.1. Lao sơ nhiễm ở phổi

4.1.1. Triệu chứng toàn thân: Phần lớn bệnh nhân lao sơ nhiễm không có triệu chứng rầm rộ. Thường là sốt nhẹ về chiều, mệt mỏi, chán ăn, sút cân, đổ mồ hôi lúc ngủ dù là trời lạnh. Những thể nặng hơn có sốt dao động, thân nhiệt thay đổi trên dưới 38°C và những biểu hiện toàn trạng nặng nề hơn.

4.1.2. Triệu chứng hô hấp: Ho dai dẳng, giai đoạn đầu ho khan sau chuyển ho có đờm; nếu hạch, ổ loét vỡ vào khí quản sẽ khạc ra đờm có lẫn chất hoại tử bã đậu. Hạch lớn gây chèn ép phế quản, chèn ép trung thất, tắc phế quản gây xẹp phổi rộng; bệnh nhân thở khò khè, khó thở, hội chứng chèn ép trung thất hiếm gặp. Khám phổi phát hiện các dấu hiệu của xẹp phổi, nghe thấy ran ẩm, ran rít.

4.1.3. Triệu chứng khác: ở trẻ nhỏ còn gặp hồng ban nút và viêm kết – giác mạc phỏng nước do phản ứng dị ứng với vi khuẩn lao.

- Hồng ban nút là những nốt nằm ở hạ bì, chắc, đầu tiên có màu đỏ sau chuyển sang màu tím giống như khi da bị đung giập; đau tự nhiên hoặc chỉ đau khi sờ nắn, Những nốt này tập trung ở mặt trước hai cẳng chân, mất đi sau khoảng 10 ngày, có thể xuất hiện lại đợt khác.
- Viêm kết – giác mạc phỏng nước: Là một đám tổn thương nốt nhú xung quanh đỏ nằm ở nơi tiếp giáp củng – giác mạc, có thể loét tạo thành sẹo để lại một “vảy cá” giác mạc.

4.2. Lao sơ nhiễm ở ruột

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

4.3. Lao sơ nhiễm ở da – niêm mạc

Thông thường phát hiện một tổn thương thâm nhiễm hoặc loét không đau và viêm nhóm hạch khu vực lân cận.

5. CẬN LÂM SÀNG

5.1. Phản ứng Mantoux

Phản ứng có giá trị chẩn đoán lao sơ nhiễm khi dương tính ở những trẻ chưa tiêm BCG. Phát hiện được hiện tượng chuyển phản ứng giá trị chẩn đoán càng cao. Trẻ đã được tiêm BCG phải có phản ứng dương tính mạnh: đường kính của cục > 15mm mới có ý nghĩa.

5.2. Chụp phổi

Trên phim quy ước cho thấy phức hợp sơ nhiễm.

- Ổ loét sơ nhiễm (còn gọi là ổ Ghon) thường nằm ở thùy dưới phổi phải. Là một nốt mờ tròn, không đồng đều bờ không rõ, đường kính thay đổi từ 5mm đến 20mm.
- Hạch: mờ tròn, bầu dục hoặc hình nhiều vòng cung, kính thước thường to hơn ổ loét nằm ở nhóm hạch tương ứng hoặc nhóm khác. Có 5 nhóm hạch khí – phế quản.

- + Nhóm 1: Bên phải khí quản.
- + Nhóm 2: Bên trái khí quản.
- + Nhóm 3: Cạnh phế quản gốc phải.
- + Nhóm 4: Cạnh phế quản gốc trái
- + Nhóm 5: Liên phế quản.

Có 3 hình ảnh gián tiếp của hạch to gồm trung thất trên rộng, xẹp phổi và góc Marfant rộng. Cần chụp cả phim nghiêng để xác định hạch rõ hơn.

- Đường bạch huyết: Một vệt dài nối liền ổ loét và hạch.

Hình ảnh hạch hay gặp hơn cả, ổ loét nhiều khi không phát hiện được, còn đường bạch huyết rất khó khăn phát hiện.

Hiện nay có thể chụp cắt lớp vi tính phát hiện được phức hợp sơ nhiễm dễ hơn.

5.3. Tìm vi khuẩn lao

Đối với trẻ lớn đã biết ho khạc, có thể tìm trực khuẩn kháng cồn kháng acid trong đờm. Đối với trẻ nhỏ, phải tìm vi khuẩn trong dịch dạ dày (do trẻ nuốt đờm) hoặc trong dịch phế quản.

Tỷ lệ tìm thấy trực khuẩn lao rất thấp bằng kỹ thuật soi trực tiếp. Nếu có điều kiện nên hỗ trợ bằng kỹ thuật nuôi cấy nhanh: BACTEC 460 hoặc MGIT.

5.4. Soi phế quản

Khó thực hiện soi phế quản trên trẻ nhỏ và phải gây mê. Với kỹ thuật này:

- Xác định được chỗ rò hoặc chèn ép của hạch.
- Lấy dịch phế quản hay chất rò để tìm vi khuẩn lao.
- Sinh thiết xuyên thành phế quản vào hạch phân tích tế bào hoặc mô bệnh.

5.5. Phân tích máu

- Công thức bạch cầu: Số lượng bạch cầu bình thường hoặc tăng nhẹ, tỷ lệ lympho bào tăng.
- Tốc độ lắng máu tăng.

5.6. Kỹ thuật khác

Do ít khi tìm thấy vi khuẩn lao trong đờm, việc tìm vi khuẩn lao bằng các kỹ thuật khác như PCR, ELISA, kháng thể kháng lao sẽ giúp chẩn đoán chính xác hơn.

5.7. Đối với lao sơ nhiễm tiêu hoá và lao sơ nhiễm da niêm mạc

Có thể tiến hành soi ổ bụng sinh thiết hạch, sinh thiết tổn thương ở da, niêm mạc và các hạch. Nghiên cứu vi sinh, tế bào và mô bệnh học là rất cần thiết.

6. CHẨN ĐOÁN

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

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

6.2. Chẩn đoán phân biệt

6.2.1. Trên lâm sàng: Cần phân biệt

- Lao sơ nhiễm hô hấp với các bệnh nhiễm trùng khác ở đường hô hấp trên và dưới.
- Lao sơ nhiễm tiêu hoá với một số bệnh tiêu hoá như ỉa chảy do nhiễm trùng, loạn khuẩn, thậm chí viêm ruột thừa.
- Lao sơ nhiễm da - niêm mạc với các viêm loét da - niêm mạc.
- Hạch ở trung thất, ổ bụng, ổ ngoại biên phân biệt với các nguyên nhân gây hạch to.

6.2.2. Hình ảnh X quang phổi

- Ổ loét: Dễ nhầm với viêm phổi không điển hình.
- Hạch: Hình ảnh gián tiếp trung thất rộng phải phân biệt với tràn dịch khu trú trung thất. Tránh nhầm với tuyến ức to.
- Đường bạch huyết: Có thể nhầm với đường xơ, mạch máu.

6.3. Chẩn đoán thể lâm sàng

6.3.1. Thể bệnh theo tuổi

- Lao sơ nhiễm ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ: Cần được phân biệt với lao bẩm sinh. Dễ bỏ qua hoặc nhầm lẫn với bệnh khác. Bệnh thường nặng, các biến chứng sớm là lao kê, lao màng não, tử vong cao.

- Lao sơ nhiễm tuổi dậy thì: Sự đột biến của tuổi dậy thì làm cho dễ mắc bệnh. Tiến triển nhanh đến lao phổi sau sơ nhiễm.

6.3.2. Thể bệnh theo triệu chứng

- Lao sơ nhiễm thể thương hàn: Bệnh nhân sốt cao 40°C. Đường biểu diễn nhiệt độ hình cao nguyên, có lách to. Tuy nhiên không có sự phân ly mạch, nhiệt độ và các dấu hiệu nhiễm trùng nặng.
- Lao sơ nhiễm tiềm tàng: Không có triệu chứng, chỉ có phản ứng Mantoux dương tính.
- Thể ban đỏ nút: Cần phân biệt ban đỏ nút do liên cầu, do dị ứng ...
- Thể viêm kết - giác mạc phỏng nước: Phân biệt với viêm kết mạc - giác mạc do tụ cầu.

6.3.3. Thể bệnh theo vị trí

Tùy vị trí tổn thương mà có các thể: lao sơ nhiễm phổi, lao sơ nhiễm ruột, lao sơ nhiễm mắt, lao sơ nhiễm họng v.v...

7. TIẾN TRIỂN – BIẾN CHỨNG

7.1. Tiến triển

- Tiến triển của lao sơ nhiễm tùy thuộc chẩn đoán sớm hay muộn, thể trạng của bệnh nhân và đã được tiêm phòng BCG hay chưa.
- Tiến triển tốt: Dưới tác dụng của điều trị hoặc tiến triển tự nhiên phần lớn ổ loét sơ nhiễm mắt sau 2 -3 tháng để lại một sẹo nhỏ không thấy trên phim phổi. Hạch ở phế quản cũng biến mất.
- Những nốt loét lớn và hạch lớn: Kích thước từ 5mm đến 20mm, sẽ thường không biến mất hoàn toàn. Có thể nhìn thấy trên phim phổi các sẹo, đám vôi hoá. Những nốt này là ổ chứa vi khuẩn lao, khi không được điều trị là nguyên nhân tái phát nội sinh.

7.2. Biến chứng

Nếu chẩn đoán điều trị không kịp thời lao sơ nhiễm phổi có các biến chứng sau:

- Xẹp phổi: Các hạch lớn đè ép hoặc chất dò từ hạch, ổ loét gây bít tắc phế quản dẫn đến xẹp tiểu thùy hoặc thùy phổi.
- Lao hang sơ nhiễm: Chất hoại tử bã đậu trong ổ loét nhuyễn hoá, vỡ vào lòng phế quản để lại hang.
- Phế quản phế viêm lao: Vi khuẩn lao trong chất dò của hạch, ổ loét dẫn lưu trong phế quản, do phản xạ ho bắn vào các phế quản khác gây lan tràn theo đường phế quản.

- Lao phổi: Xuất hiện các nốt lao, các đám thâm nhiễm và viêm phổi bã đậu xung quanh ổ loét.
- Lao kê: Do vỡ củ lao vào mạch máu phổi hoặc ống ngực, vi khuẩn lao xâm nhập vào máu gây lao kê phổi, lao màng phổi, lao màng não, lao các bộ phận khác như: thận, màng bụng, xương và các khớp, hạch ngoại biên.

8. ĐIỀU TRỊ

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

Isoniazid với liều 5 mg/ kg thể trọng, dùng trong 12 tháng.

8.2. Có đủ dấu hiệu lâm sàng và X quang, chuyển phản ứng

- Điều trị đặc hiệu theo phác đồ 2RHZ/4RH.
- Điều trị triệu chứng.
 - + Dinh dưỡng tốt: nhằm khôi phục và nâng cao thể trạng, tăng cường sức đề kháng.
 - + Corticoid: Chỉ định prednisolon 1mg/kg thể trọng trong những thể có hạch to. Tuy nhiên, chống chỉ định trong trường hợp lây từ nguồn lây kháng thuốc.

9. PHÒNG BỆNH

9.1. Những biện pháp xã hội và kinh tế

- Cải thiện những điều kiện sống.
- Phát hiện kịp thời và thanh toán nguồn lây lao phổi.
- Kiểm soát chặt chẽ lao ở bò, các sản phẩm sữa.
- Phòng chống các bệnh khác: suy dinh dưỡng, nhiễm khuẩn, nhiễm virus v.v...

9.2. Tiêm vaccin BCG

Việc tiêm vaccin BCG cho trẻ sơ sinh và dưới 1 tuổi là biện pháp tốt ngăn chặn mắc lao sơ nhiễm, nhất là ở các nước bệnh lao còn nặng nề trong đó có Việt Nam. Ở nước ta, BCG là một vaccin bắt buộc của Chương trình Tiêm chủng mở rộng. Một số nước tiên tiến (Anh, Mỹ) không có chủ trương tiêm BCG mở rộng vì tình hình bệnh lao không nặng nề mà chỉ áp dụng cho những trẻ có nguy cơ mắc bệnh lao.

9.3. Dự phòng bằng thuốc

Thực hiện dự phòng lao bằng thuốc cho những đối tượng có nguy cơ mắc bệnh lao: Isoniazid trong 6 tháng.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày điều kiện thuận lợi dễ mắc lao sơ nhiễm.
2. Trình bày triệu chứng lâm sàng của lao sơ nhiễm .
3. Trình bày triệu chứng cận lâm sàng của lao sơ nhiễm.
4. Hãy nêu các tiêu chuẩn chẩn đoán lao sơ nhiễm.
5. Hãy kể các biện pháp điều trị bệnh lao sơ nhiễm .
6. Hãy kể các biện pháp phòng bệnh lao sơ nhiễm .