

### Bài 3

## LAO PHỔI

### MỤC TIÊU

1. Trình bày được vị trí quan trọng của lao phổi trong bệnh học lao.
2. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lao phổi và tiêu chuẩn chẩn đoán lao phổi thể điển hình.
3. Nêu được các thể lâm sàng của lao phổi.
4. Kể được các biến chứng của bệnh lao phổi.
5. Kể được các phác đồ điều trị lao phổi (khi vi khuẩn chưa kháng thuốc) và các biện pháp phòng bệnh lao phổi.

### 1. VỊ TRÍ CỦA LAO PHỔI TRONG BỆNH HỌC LAO

Lao phổi là thể bệnh gặp nhiều nhất trong bệnh học lao, chiếm khoảng 80% tổng số bệnh lao. Ở nước ta hàng năm theo ước tính có 85 trường hợp lao phổi có vi khuẩn trong đờm bằng phương pháp nhuộm soi kính trực tiếp trên 100.000 dân. Lao phổi là nguồn lây vi khuẩn cho những người lành nhiều nhất, đặc biệt là người bệnh có vi khuẩn bằng xét nghiệm đờm soi kính trực tiếp (AFB(+)). Đây là nguồn lây chủ yếu làm cho bệnh lao tồn tại ở mọi quốc gia qua nhiều thế kỷ. Vì vậy phát hiện và điều trị khỏi cho những bệnh nhân này là biện pháp phòng bệnh hiệu quả nhất và là nhiệm vụ quan trọng của chương trình chống lao ở nước ta, cũng như nhiều nước trên thế giới.

Bệnh cảnh lâm sàng của lao phổi rất đa dạng và thường diễn biến mạn tính. Nếu được phát hiện sớm thì lao phổi điều trị sẽ có kết quả tốt, nhưng nếu không được phát hiện kịp thời, bệnh sẽ có nhiều biến chứng, kết quả điều trị hạn chế, người bệnh có thể trở thành nguồn lây với chủng vi khuẩn lao kháng thuốc.

### 2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ SINH BỆNH

#### 2.1. Vi khuẩn gây bệnh

Chủ yếu là vi khuẩn lao người (*M. tuberculosis hominis*); có thể do vi khuẩn lao bò nhưng ít gặp. Nguồn gốc của vi khuẩn lao do bội nhiễm từ môi

trường bên ngoài hoặc từ tổn thương cũ, vi khuẩn tái diễn trở lại. Những người có HIV/AIDS khi bị lao phổi, nguyên nhân gây bệnh còn có thể do các trực khuẩn kháng cồn kháng toan không điển hình (*M. atypiques*) hay gấp là *Mycobacterium avium intracellulare* (MAI), *M. kansasii*, *M. malmoense*, *M. xenopi*...

## 2.2. Vị trí tổn thương

Lao phổi hay bắt đầu từ vùng đỉnh phổi và vùng dưới đòn (phân thuỷ đỉnh và phân thuỷ sau của thuỷ trên phổi). Cơ chế được giải thích là do cấu trúc về giải phẫu hệ mạch máu ở đây, làm cho dòng máu chảy chậm so với vùng khác, vì vậy vi khuẩn dễ dừng lại gây bệnh.

## 2.3. Tuổi mắc bệnh

Lao phổi thường gặp ở người lớn; ở trẻ em lao phổi hay gặp ở trẻ 10 – 14 tuổi. Đây là lứa tuổi có nhiều thay đổi về nội tiết, bệnh lao phổi có những đặc điểm riêng. Do sức đề kháng giảm nên tỷ lệ lao phổi ở người già cũng gặp nhiều hơn.

## 2.4. Yếu tố thuận lợi

**2.4.1. Nguồn lây:** Những người tiếp xúc với nguồn lây, đặc biệt là tiếp xúc lâu dài và trực tiếp thì càng dễ bị bệnh. Người bệnh khi ho (hoặc hắt hơi) bắn ra các hạt rất nhỏ, trong các hạt nhỏ này có vi khuẩn lao (mắt thường không nhìn thấy), lơ lửng trong không khí, phân tán xung quanh bệnh nhân, người lành hít phải các hạt này khi thở có thể bị lây bệnh.

**2.4.2. Một số bệnh, một số trạng thái đặc biệt cũng là điều kiện thuận lợi để mắc lao phổi:** Bệnh bụi phổi, bệnh phổi do virus, bệnh đái tháo đường, loét dạ dày – tá tràng; có HIV/AIDS, suy dinh dưỡng, phụ nữ có thai, nghiện rượu, người già...

**2.4.3. Mức sống thấp, chiến tranh, căng thẳng tinh thần...** đều là yếu tố thuận lợi cho sự phát sinh và phát triển của bệnh lao nói chung và lao phổi nói riêng.

**2.4.4. Yếu tố gen:** Những năm gần đây có một số công trình nghiên cứu đề cập đến vai trò của hệ HLA, Haptoglobin... trong việc cảm thụ với bệnh lao.

## 3. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

### 3.1. Đại thể

Tổn thương ở phổi rất đa dạng, tùy thuộc vào từng người bệnh. Về đại thể, tổn thương lao hay gặp ở phổi là:

**3.1.1. Hang:** Có thể một hoặc nhiều hang, kích thước hay gấp từ 2cm đến 5cm. Trong thể viêm phổi bã đậu thì có thể có những hang khổng lồ (đường kính hơn 7cm), có những trường hợp hang chiếm cả một thùy phổi. Những hang có phế quản thông thì lòng hang sạch; ngược lại, hang chứa nhiều chất bã đậu khi chưa thông với phế quản. Hang cũ khi thành hang có tổ chức xơ cứng.

**3.1.2. Củ lao:** Những củ lao mới còn được gọi là củ bã đậu, kích thước trung bình các củ lao là 0,5 – 3cm. Khi cắt ngang củ lao sẽ thấy chất nửa lỏng, nửa đặc, màu trắng, đó là chất bã đậu, đây là chất hoại tử đặc hiệu của tổn thương lao. Khi củ lao hoại tử bã đậu có nhiều lớp và được một vỏ xơ bao bọc, tách biệt thì được gọi là u lao. Trong quá trình diễn biến của bệnh có những củ lao đã vôi hoá. Các củ lao làm cho tổ chức phổi giảm hoặc mất tính đàn hồi.

**3.1.3. Tổn thương có thể khu trú tại một thùy của phổi** (hay gấp là thuỷ trên phổi phải) hoặc rải rác khắp hai phổi trong phế quản - phế viêm do lao.

**3.1.4. Các tổn thương kèm theo** có thể gấp là giãn phế quản, giãn phế nang...

### 3.2. Vi thể

**3.2.1. Viêm lao xuất tiết:** Đây là biểu hiện sớm khi vi khuẩn xâm nhập vào phổi. Phản ứng viêm thường không đặc hiệu. Đầu tiên là phản ứng của bạch cầu đa nhân trung tính, sau đó là các tế bào đơn nhân với nhiều đại thực bào. Các phế nang chứa nhiều dịch rỉ viêm, vách phế nang phù nề, các mao mạch bị giãn. Sau đó các tế bào đơn nhân biến đổi thành những tế bào có nhân to không đồng đều.

**3.2.2. Tổn thương đặc hiệu:** Sau giai đoạn viêm xuất tiết là giai đoạn hình thành tổ chức hạt tạo nên một hình ảnh tổn thương đặc hiệu của bệnh lao đó là nang lao. Ở trung tâm là chất hoại tử bã đậu, tế bào khổng lồ rồi các tế bào bán liên, tiếp đến là vành đai các tế bào lympho và tổ chức xơ bao bọc ngoài cùng. Trong nang lao tế bào khổng lồ (Langhans) có thể ít, nhưng bao giờ cũng có tế bào bán liên.

Tổn thương không đặc hiệu: Tổn thương mao mạch, xẹp phế nang, giãn phế nang...

## 4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

### 4.1. Thời kỳ bắt đầu

**4.1.1. Đa số trường hợp bệnh bắt đầu một cách từ từ với các dấu hiệu sau đây**

**4.1.1.1. Triệu chứng toàn thân:** Bệnh nhân mệt mỏi, giảm khả năng làm việc, ăn kém, gầy sút, sốt nhẹ về chiều tối ( $37^{\circ}5$  –  $38^{\circ}C$ ) kèm theo ra mồ hôi về ban

đêm, da xanh... Các triệu chứng trên đây được nhiều tài liệu gọi là hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc lao. Triệu chứng sốt về chiều trong bệnh lao ngày nay được cho là do tác động của một số Interleukin (Interleukin 1, Interleukin 4).

#### 4.1.1.2. *Triệu chứng cơ năng*

- Triệu chứng hay gặp nhất là ho khạc đờm: Đờm nhầy, màu vàng nhạt, có thể màu xanh hoặc mủ đặc. Đây là triệu chứng quan trọng, người thầy thuốc cần cho làm xét nghiệm sớm để chẩn đoán.
- Ho ra máu: Khoảng 10% bệnh nhân bị bệnh, bắt đầu biểu hiện bằng triệu chứng ho ra máu, thường ho ra máu ít, có đuôi khái huyết
- Đau ngực: Đây là triệu chứng không gặp thường xuyên, thường đau khu trú ở một vị trí cố định.
- Khó thở: Chỉ gặp khi tổn thương rộng ở phổi, hoặc bệnh phát hiện muộn.

#### 4.1.1.3. *Triệu chứng thực thể*

Ở giai đoạn đầu, các dấu hiệu thực thể nghèo nàn, khi khám (nhìn, sờ, gõ, nghe) thường không phát hiện được triệu chứng gì rõ rệt, nhất là đối với những tổn thương nhỏ. Một số trường hợp có thể nghe thấy rì rào phế nang giảm ở vùng đỉnh phổi hoặc vùng liên bả - cột sống. Nghe thấy ran nổ cố định ở một vị trí (thường vùng cao của phổi) là một dấu hiệu có giá trị.

**4.1.2. Khởi bệnh cấp tính (10 – 20%):** Bệnh bắt đầu với sốt cao, ho, đau ngực nhiều, kèm theo khó thở, cách bắt đầu này thường gặp trong thể viêm phổi bã đậu hoặc phế quản - phế viêm do lao.

### 4.2. Thời kỳ toàn phát

Các triệu chứng lâm sàng ở thời kỳ bắt đầu nặng dần lên và diễn biến từng đợt, có thời gian giảm sau đó lại trở lại với mức độ nặng hơn. Nếu không được phát hiện và điều trị thì bệnh ngày càng nặng.

**4.2.1. *Triệu chứng toàn thân:*** Người bệnh suy kiệt, da xanh, niêm mạc nhợt, sốt dai dẳng về chiều và tối.

#### 4.2.2. *Triệu chứng cơ năng*

- Ho ngày càng tăng, có thể ho ra máu.
- Đau ngực liên tục.
- Khó thở tăng cả khi nghỉ ngơi.

**4.2.3. *Triệu chứng thực thể:*** Khi bệnh nhân đến muộn, có thể nhìn thấy lồng ngực bị lép (bên tổn thương) do các khoang liên sườn hép lại.

Vùng ngực của tim bị lệch sang bên tổn thương, nghe có nhiều ran nổ, ran ầm... có thể có tiếng thổi hang.

## 5. CẬN LÂM SÀNG

### 5.1. Xét nghiệm đờm tìm vi khuẩn lao

Đây là xét nghiệm quan trọng nhất để chẩn đoán bệnh lao phổi. Kỹ thuật đơn giản và cho kết quả nhanh là nhuộm đờm soi kính trực tiếp. Ở nước ta Chương trình chống lao quốc gia quy định lấy 3 mẫu đờm để xét nghiệm như sau: Mẫu thứ nhất lấy đờm khi người bệnh đến khám; mẫu thứ hai lấy đờm vào buổi sáng sớm hôm sau khi bệnh nhân mới ngủ dậy; mẫu thứ ba lấy đờm tại chỗ khi người bệnh mang mẫu đờm thứ hai đến khám. Điều quan trọng là phải hướng dẫn người bệnh biết cách khạc đờm để lấy đúng đờm làm xét nghiệm. Ngoài soi kính, các kỹ thuật nuôi cấy tìm vi khuẩn ngày càng được hoàn thiện (độ chính xác cao, cho kết quả nhanh) như kỹ thuật BACTEC, MGIT.

Đặc biệt là kỹ thuật sinh học phân tử (PCR) cũng được áp dụng để nâng cao hiệu quả chẩn đoán bệnh lao phổi. Tuy nhiên các kỹ thuật này đòi hỏi trang thiết bị cho nên chưa được áp dụng rộng rãi ở nước ta.

### 5.2. Chẩn đoán hình ảnh

#### 5.2.1. *Chụp phổi phẳng, nghiêng* (X quang phổi chuẩn hay X quang quy ước)

##### 5.2.1.1. *Những tổn thương cơ bản của lao phổi*

- Thâm nhiễm: Thường là một đám mờ nhạt ở dưới xương đòn, kích thước khác nhau, giới hạn không rõ. Đôi khi tổn thương tập trung thành đám mờ tròn (đường kính trung bình 1 – 2 cm) được gọi là thâm nhiễm Assmann; hoặc trên cơ sở một dải mờ nhạt có một số nốt nhỏ (còn gọi là thâm nhiễm hình dải ngân hà hoặc tinh vân). Các thuật ngữ này, ngày càng ít được sử dụng vì ít ý nghĩa thực tiễn.

Một số tác giả (Liên Xô cũ) xếp cả hình ảnh X quang của viêm phổi bã đậu và phế quản - phế viêm do lao vào thể lao thâm nhiễm. Nhưng do những đặc điểm lâm sàng, tổn thương trên X quang và diễn biến của chúng cho nên xếp riêng các thể lao phổi này là hợp lý hơn.

- Nốt: Kích thước nốt có thể khác nhau, trung bình 5 – 10mm, các nốt có thể rải rác khắp hai phổi hoặc tập trung nhiều hơn ở một vùng của phổi.
- Hang: Trên phim là một hình sáng, bờ khép kín. Kích thước hang có thể to nhỏ khác nhau. Khi hang có phế quản thông, trên phim có thể thấy hình của phế quản là hai đường mờ song song. Những hang mới có thành hang dày, còn hang cũ thành hang mỏng và độ cản quang đậm.

Các tổn thương trên đây thường xen kẽ nhau: xung quanh hang có thể có thâm nhiễm và nốt.

Ngoài 3 loại tổn thương cơ bản trên đây có thể những tổn thương xơ với hình dạng phức tạp, có khi chỉ là một vài dải xơ, có khi là những đám xám xanh rộng chiếm cả một thuỷ hoặc một bên phổi làm ảnh hưởng tới chức năng hô hấp.

#### 5.2.1.2. Phân chia mức độ tổn thương ở phổi như sau (ATS, 1980)

- Tổn thương nhỏ: Tổn thương không có hang ở một bên phổi hoặc hai bên phổi, nhưng bề rộng của tổn thương khi gộp lại không vượt quá diện tích phổi nằm trên một đường ngang qua khớp ức sườn 2.
- Tổn thương vừa: Gồm các tổn thương rải rác, diện tích cộng lại không vượt quá một phổi. Nếu tổn thương liên kết với nhau thì cũng không quá 1/3 một phổi. Khi có hang thì đường kính các hang cộng lại không quá 4cm.
- Tổn thương rộng: Khi tổn thương vượt quá giới hạn trên đây.

Cách chia mức độ tổn thương trên đây cũng chưa thật chính xác, nhưng nó cho biết rõ hơn mức độ của tổn thương để có thể tiên lượng khả năng khỏi bệnh và những di chứng có thể gặp sau điều trị ở người bệnh bị lao phổi.

Chụp phim phổi nghiêng sẽ giúp nhận định rõ ràng hơn vị trí và mức độ tổn thương, đặc biệt là vị trí tổn thương ở các phân thuỷ phổi.

#### 5.2.2. Các kỹ thuật khác

5.2.2.1. Chụp cắt lớp vi tính (CT scanner): Khả năng phát hiện tổn thương sẽ chính xác hơn, nhất là xác định vị trí tổn thương. Tuy nhiên, do phải đòi hỏi trang thiết bị và giá thành đất mà hiện nay ở nước ta chỉ sử dụng trong ghiên cứu hoặc khi cần chẩn đoán phân biệt lao phổi với các bệnh phổi khác.

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

### 5.3. Xét nghiệm máu

Trong lao phổi, số lượng hồng cầu thường không giảm, trừ khi bệnh diễn biến lâu, cơ thể suy kiệt. Số lượng bạch cầu thường không tăng, tỷ lệ tế bào lympho có thể tăng, tốc độ lắng máu cao. Người ta còn xét nghiệm kháng thể kháng lao ở trong máu để góp phần chẩn đoán bệnh lao phổi khi không tìm thấy vi khuẩn lao ở trong đờm (phản ứng miễn dịch gắn men ELISA, Hexagon...).

### 5.4. Phản ứng Mantoux

Phản ứng Mantoux thường dương tính ở mức độ trung bình trong bệnh lao phổi, tuy từng bệnh nhân. Những trường hợp bệnh diễn biến kéo dài, cơ thể suy kiệt phản ứng có thể âm tính. Phản ứng Mantoux không có vai trò quan trọng trong chẩn đoán lao phổi như bệnh lao sơ nhiễm ở trẻ em, nhưng trong một số trường hợp nó góp phần phân biệt giữa lao phổi với ung thư phổi, giữa lao và bệnh sarcoid.

## 5.5. Chức năng hô hấp

Khi tổn thương lao diện tích nhỏ thì ít ảnh hưởng đến chức năng thông khí phổi, khi diện tích tổn thương rộng thì có thể gây rối loạn thông khí hạn chế (FVC giảm). Nếu có tổn thương phế quản phổi hợp thì có thể gây rối loạn thông khí hỗn hợp (FVC↓, FEV<sub>1</sub>↓, Tiffeneau↓). Các thành phần khí trong máu (PaO<sub>2</sub>, SaO<sub>2</sub>, PaCO<sub>2</sub>) có thể bị thay đổi khi tổn thương phổi rộng và bệnh kéo dài.

## 5.6. Điện tâm đồ

Trong đa số trường hợp tổn thương lao phổi mới không ảnh hưởng đến điện tim. Nhưng ở giai đoạn muộn (khi có biến chứng tâm phế mạn) thì có sóng P phế, tăng gánh thất phải, đầy thất phải...

# 6. CÁC THẾ LÂM SÀNG

## 6.1. Phân loại theo Hiệp hội chống lao quốc tế và Chương trình chống lao quốc gia

### 6.1.1. Dựa vào xét nghiệm vi khuẩn lao

- Lao phổi xét nghiệm đờm trực tiếp có vi khuẩn (AFB +).
- Lao phổi xét nghiệm đờm trực tiếp không có vi khuẩn (AFB -):
  - + Kết quả xét nghiệm AFB âm tính ít nhất 6 mẫu đờm khác nhau qua 2 lần khám cách nhau 2 tuần đến 1 tháng và có tổn thương nghi lao trên X quang.
  - + Kết quả xét nghiệm đờm AFB trực tiếp âm tính, nhưng nuôi cấy lại có vi khuẩn mọc.

### 6.1.2. Dựa vào tiền sử dùng thuốc

6.1.2.1. *Bệnh nhân lao phổi mới*: Người bệnh chưa bao giờ dùng thuốc hoặc mới chỉ dùng thuốc lao dưới 1 tháng.

6.1.2.2. *Bệnh nhân lao phổi điều trị thất bại*: Bệnh nhân còn vi khuẩn lao trong đờm từ tháng điều trị thứ 5 trở đi.

6.1.2.3. *Bệnh nhân điều trị lại sau thời gian bỏ trị*: Người bệnh không dùng thuốc trên 2 tháng trong quá trình điều trị, sau đó quay lại điều trị với AFB (+) trong đờm.

6.1.2.4. *Bệnh nhân tái phát*: Bệnh nhân đã điều trị lao được thầy thuốc xác nhận là khỏi bệnh, hay hoàn thành điều trị, nay mắc bệnh trở lại AFB(+) trong đờm.

6.1.2.5. *Bệnh lao phổi mạn tính*: Bệnh nhân vẫn còn vi khuẩn lao sau khi đã dùng công thức tái trị có giám sát chặt chẽ việc dùng thuốc.

## 6.2. Theo tuổi

**6.2.1. Lao phổi ở trẻ em:** Tổn thương ở phổi thường xuất hiện sau tổn thương tiên phát từ 6 – 14 năm, do đó lao phổi trẻ em hay gặp từ 10 – 14 tuổi. Do có những thay đổi về nội tiết ở lứa tuổi này mà trẻ em hay bị các thể lao phổi nặng như phế quản - phế viêm do lao hoặc viêm phổi bã đậu. Điều đáng lưu ý là ở độ tuổi này trẻ đang học tập và chưa có những hiểu biết đầy đủ về bệnh tật, cho nên không ít trường hợp bệnh không được phát hiện sớm, do đó kết quả điều trị bị hạn chế.

**6.2.2. Lao phổi ở người già:** Do cơ thể bị giảm miễn dịch nên người già dễ bị lao phổi. Nếu ở người trẻ vi khuẩn xâm nhập từ bên ngoài vào gây bệnh là chính, thì ở người già nguồn gốc vi khuẩn chủ yếu là từ các tổn thương cũ trong cơ thể tái triển trở lại. Việc phát hiện bệnh lao phổi ở người già có thể bị chậm trễ vì nhiều người già bị các bệnh hô hấp mạn tính, triệu chứng của các bệnh này cũng giống triệu chứng của bệnh lao phổi (ho, đau ngực...), vì vậy khi bị lao lại cho là bị bệnh khác. Mặt khác, không ít trường hợp do điều kiện cuộc sống quá khó khăn lúc tuổi già nên không đi khám bệnh. Ở nước ta người già thường sống chung với con cháu, nếu không phát hiện và điều trị cho bệnh nhân lao ở lứa tuổi này thì sẽ là nguồn lây cho người khác trong gia đình.

Ở người già, chức năng của các cơ quan bị suy giảm (trong đó có chức năng của gan – thận) và thường có những bệnh khác nhau hợp, do đó khả năng dung nạp thuốc lao kém, vì vậy kết quả điều trị lao phổi cũng bị hạn chế.

## 6.3. Theo đặc điểm tổn thương và diễn biến của bệnh

**6.3.1. Phế quản - phế viêm do lao:** Bệnh hay gặp ở trẻ nhỏ, tuổi dậy thì và người già. Diễn biến của bệnh cấp tính: sốt cao, gây sút nhanh, khó thở, ở trẻ nhỏ có thể tím tái. Hình ảnh X quang là những nốt mờ, to nhỏ, không đều ở cả hai bên phế trường, đậm độ tập trung nhiều ở vùng cạnh tim.

**6.3.2. Lao kê:** Đây là thể lao cấp với biểu hiện lâm sàng rất rõ: sốt cao li bì kéo dài, khó thở, có thể tím tái. Bệnh cảnh của lao kê có đặc điểm là sự mâu thuẫn giữa triệu chứng toàn thân, cơ năng và các dấu hiệu thực thể (người bệnh sốt cao, khó thở, tím tái... nhưng khám phổi chỉ nghe tiếng thở thô). Hình ảnh X quang với những nốt nhỏ đồng đều rải rác khắp hai phế trường (tổn thương 3 đều: vị trí, kích thước và độ cản quang). Xét nghiệm máu có bạch cầu tăng và tăng tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính.

**6.3.3. Viêm phổi bã đậu:** Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng gặp nhiều ở tuổi dậy thì. Người bệnh sốt cao ( $39 - 40^{\circ}\text{C}$ ), giao động, có khó thở, tím tái, mạch nhanh. Bệnh nhân có thể thiếu máu nặng, phù thiểu dưỡng, khám phổi có hội chứng đông đặc, nhiều ran ẩm, ran nổ, có thể có cả ran ngáy (do co thắt phế quản hoặc chất bã đậu gây bít tắc một phần phế quản); có thể có hội chứng hang.

Xét nghiệm máu số lượng hồng cầu giảm, bạch cầu tăng, trong đó tăng tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính, tỷ lệ tế bào lympho lại giảm (80 – 90%), tốc độ máu lắng tăng cao.

X quang: hình mờ chiếm một số phân thuỳ, một thuỳ hoặc một số thuỳ phổi, giai đoạn đầu mờ thuần nhất, sau đó nhanh chóng hoại tử tạo thành nhiều hang, có thể có những hang khổng lồ (đường kính lớn hơn 7cm), kèm theo nhiều nốt quanh hang.

Đây là một thể lao nặng, cần phải điều trị tích cực, các triệu chứng lâm sàng giảm chậm (nhất là triệu chứng sốt), cần phải kéo dài thời gian điều trị tấn công cho thể bệnh này.

**6.3.4. U lao (Tuberculome):** U lao là một thể lâm sàng đặc biệt của lao phổi, khi tổ chức bã đậu được các lớp xơ xen kẽ bao bọc. Người ta chia u lao ra làm 3 loại: loại nhỏ (đường kính dưới 2cm), loại trung bình (2 – 4cm), loại lớn (hơn 4cm), cũng ít gặp có nhiều u lao ở phổi.

Đặc điểm của u lao là ít có triệu chứng lâm sàng, nhiều khi phát hiện do tình cờ chụp phim phổi. U lao có thể ổn định trong nhiều năm, nhưng có thể to ra hoặc phá huỷ tạo thành hang. Có một số trường hợp u lao có đáp ứng với thuốc lao và nhỏ lại. Tại khoa Ngoại, Bệnh viện Lao – Bệnh phổi trung ương năm 2004, u lao được phẫu thuật chiếm 36,6% trong các tổn thương lao được mổ.

Tuy nhiên cần phải theo dõi chặt chẽ, vì phân biệt u lao với u phổi do nguyên nhân khác (nhất là ung thư phổi) trong nhiều trường hợp là không dễ dàng.

#### 6.4. Phân loại chủ yếu dựa vào đặc điểm tổn thương trên X quang

Phân loại của Lopo de Carvalho chia tổn thương lao phổi thành 4 thể:

- Lao thâm nhiễm không có hang (1a), có hang (1b).
- Lao nốt không có hang (2a), có hang (2b).
- Lao kê (3a).
- Lao xơ không có hang (4a), có hang (4b).

#### 6.5. Phân loại của Liên Xô (cũ)

Phân loại này khá phức tạp đối với lao phổi bao gồm các thể sau đây:

- Phức hợp sơ nhiễm do lao.
- Lao các hạch bạch huyết trong lồng ngực.
- Lao phổi tản mạn.
- Lao nốt (còn có thể đặc biệt gọi là lao huyết).

- Lao thâm nhiễm.
- U lao.
- Lao hang phổi.
- Lao xơ hang phổi.
- Lao xơ phổi.

Mỗi thể lao trên đây chia ra nhiều giai đoạn: Thâm nhiễm, phá huỷ, lan tràn, hấp thu, xơ hoá...

### **6.6. Phân loại bệnh lao phổi theo khuyến cáo Hội thảo của các bộ môn Lao 8 trường Đại học Y toàn quốc (tháng 3/2007)**

- Phân loại này kết hợp các yếu tố:
  - Tiên sử dùng thuốc: Lao phổi mới, lao phổi tái phát, lao phổi thất bại, lao phổi mạn tính...
  - Tổn thương trên phim chụp phổi:
    - + Thể bệnh: thâm nhiễm, nốt (kê, phế quản phế viêm lao), xơ, hang...
    - + Mức độ tổn thương: theo ATS (1980) có cải tiến gồm 4 mức độ: 0, I, II, III
  - Vi khuẩn lao (xét nghiệm đờm bằng kỹ thuật soi kính trực tiếp): AFB (+), AFB (-)
  - Trình tự của phân loại như sau:

#### **Tiền sử dùng thuốc/ Tổn thương X quang phổi (thể bệnh, mức độ)/ Vi khuẩn lao (xét nghiệm trực tiếp).**

Ví dụ: + Trước điều trị: Lao phổi mới, thể thâm nhiễm (II)<sup>\*</sup>, AFB (+).

- + Khi kết thúc điều trị: Lao phổi mới, thể xơ (I)<sup>\*</sup>, AFB (-).  
(I)<sup>\*</sup>, (II)<sup>\*</sup> chỉ mức độ tổn thương phổi
- Cách phân loại này mô tả tương đối đầy đủ bệnh lý của người bệnh, đánh giá được kết quả điều trị; có thể áp dụng rộng rãi từ tuyến quận (huyện) đến các bệnh viện chuyên khoa ở tuyến trung ương. Phân loại này không phức tạp, có thể sử dụng trong đào tạo, nghiên cứu khoa học, phù hợp với tổ chức các khoa phòng của chuyên khoa lao – bệnh phổi hiện nay ở nước ta.

## **7. CHẨN ĐOÁN**

### **7.1. Chẩn đoán xác định**

**7.1.1. Khi soi kính trực tiếp có vi khuẩn ở trong đờm (thể điển hình):**  
Chẩn đoán xác định trong các tình huống cụ thể sau đây:

- Có tối thiểu 2 tiêu bản AFB (+) từ 2 mẫu đờm khác nhau.
- Một tiêu bản đờm AFB (+) và có hình ảnh tổn thương nghi lao trên X quang phổi.
- Một tiêu bản đờm AFB (+) và nuôi cấy có vi khuẩn lao.

#### **7.1.2. Khi soi kính trực tiếp không có vi khuẩn ở trong đờm**

- Khi có điều kiện cần làm thêm nuôi cấy (môi trường Loewenstein – Jensen) hoặc các kỹ thuật chẩn đoán khi có ít vi khuẩn lao trong bệnh phẩm (PCR, ELISA, BACTEC...).
- Dựa vào lâm sàng, đặc điểm của tổn thương trên X quang phổi, các xét nghiệm và không đáp ứng với điều trị kháng sinh, đáp ứng với điều trị thuốc lao để chẩn đoán cho từng trường hợp.

### **7.2. Chẩn đoán phân biệt**

Khi không tìm thấy vi khuẩn lao ở trong đờm, thì cần phân biệt lao phổi với một số bệnh sau đây.

**7.2.1. Ung thư phế quản nguyên phát (gọi tắt là ung thư phổi):** Ung thư phổi hay gặp ở nam giới, người hút thuốc lá, hơn 40 tuổi. Triệu chứng lâm sàng hay gặp là đau ngực, ho ra máu lẫn đờm đỏ thẫm; có thể có các triệu chứng, hội chứng cận ung thư... Hình ảnh trên phim X quang phổi là hình mờ đồng đều, giới hạn rõ. Trên phim chụp cắt lớp vi tính xác định chính xác được vị trí và kích thước khối u. Các kỹ thuật xâm nhập (soi phế quản sinh thiết, sinh thiết phổi qua thành ngực...) sẽ xác định chẩn đoán bằng mô bệnh học.

**7.2.2. Viêm phổi cấp do các vi khuẩn khác:** Bệnh thường cấp tính: sốt cao 39 – 40°C, ho đờm nhiều, khám có hội chứng đông đặc (trong viêm phổi thuỷ cấp tính) hoặc có nhiều ran ẩm, ran nổ (trong phế quản - phế viêm). Tổn thương trên X quang nếu là viêm phổi thuỷ cấp tính sẽ có một đám mờ hình tam giác đỉnh tam giác ở phía trung thất. Nếu là phế quản - phế viêm sẽ thấy nhiều nốt mờ không đồng đều rải rác ở hai phổi, tập trung nhiều ở vùng cạnh tim. Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng, trong đó tăng tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính.

**7.2.3. Viêm phổi do virus:** Bệnh thường bắt đầu bằng các dấu hiệu của viêm đường hô hấp trên (mũi, họng, thanh quản...), sau đó sốt (38°C – 39°C), ho khan, đờm nhầy có thể lẫn các tia máu. Khám phổi có ran ẩm, có thể kèm theo ran ngáy, ran rít. X quang phổi thấy các đám mờ nhạt xuất phát từ rốn phổi ra ngoài, tổn thương luôn thay đổi.

Chẩn đoán xác định dựa vào kỹ thuật miễn dịch huỳnh quang phát hiện kháng thể kháng virus.

**7.2.4. Giãn phế quản:** Giãn phế quản là khi đường kính của phế quản (thường là phế quản trung bình) bị giãn không hồi phục kèm theo phá huỷ thành phế quản (cơ, sợi đàn hồi...). Triệu chứng lâm sàng của giãn phế quản thường có hai bệnh cảnh.

**7.2.4.1. Giãn phế quản thể ướt:** Người bệnh ho nhiều đờm, nếu để đờm vào cốc sẽ tạo thành ba lớp (mủ đặc ở dưới, lớp giữa là chất nhầy, trên cùng là lớp dịch trong).

**7.2.4.2. Giãn phế quản thể khô:** Bệnh nhân ho ra máu, ho ra máu có chu kỳ, lượng máu ho ra nhiều, đôi khi đe doạ tính mạng người bệnh. Chẩn đoán xác định bằng chụp phế quản có thuốc cản quang. Tuy nhiên hiện nay người ta không sử dụng kỹ thuật này mà thường chụp cắt lớp vi tính để xác định chẩn đoán.

**7.2.5. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease = COPD):** Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là bệnh diến biến trong nhiều năm mức độ ngày càng nặng lên với lưu lượng thở ra giảm và không hồi phục. Viêm phế quản mạn tính tắc nghẽn và giãn phế nang là hai yếu tố quan trọng của COPD. Triệu chứng lâm sàng của bệnh thường ho khạc đờm nhiều năm, xen kẽ với những đợt bùng phát; sốt, đờm lẩn mẩn... Khó thở ngày càng tăng, cuối cùng là suy hô hấp. Khám phổi có ran ẩm, ran ngáy, ran rít khi có đợt bùng phát. Xét nghiệm đờm không có vi khuẩn lao.

## 7.2.6. Bệnh ký sinh trùng phổi

**7.2.6.1. Hội chứng Loeffler:** Do ấu trùng giun đũa gây nên tại phổi, được Loeffler mô tả đầu tiên (1932); Cũng có thể do giun lươn, giun móc... Tuy nhiên nguyên nhân có thể còn do dị ứng, hoặc chưa rõ căn nguyên. Người bệnh thường ho khan, có thể có đờm dính máu, có khi có khó thở. Xét nghiệm máu tăng bạch cầu ái toan; Khi chụp phổi thấy có đám mờ nhạt thay đổi (còn gọi là thâm nhiễm mau bay vì tổn thương mất đi nhanh).

**7.2.6.2. Sán lá phổi:** Bệnh hay xảy ra ở những người trong tiền sử có uống nước cua sống hoặc ăn cua sống. Người bệnh ho từng cơn có thể ho ra máu, đau ngực, sốt. Hình ảnh X quang phổi là đám mờ giới hạn không rõ; Xét nghiệm máu bạch cầu ái toan tăng. Chẩn đoán xác định khi tìm thấy sán hoặc trứng sán ở trong đờm; có thể sử dụng kỹ thuật miễn dịch để chẩn đoán.

**7.2.6.3. Bệnh amip phổi:** Thường là thứ phát sau bệnh amip ở gan. Do biến chứng của áp xe gan do amip vỡ lên màng phổi và phổi. Bệnh nhân ho ra đờm màu sôcôla (chocolat), kèm theo tràn dịch màng phổi phải (dịch màu sôcôla), chẩn đoán xác định khi soi thấy amip ở đờm và dịch màng phổi.

## 7.2.7. Nấm phổi:

Có hai loại nấm thường gây bệnh ở phổi.

**7.2.7.1. Nấm Aspergillus:** Loại nấm này hay ký sinh ở trong hang côn lai (sau khi chữa lao hoặc áp xe phổi khỏi), triệu chứng hay gặp là ho ra máu, có khi ho ra máu nhiều đe doạ tính mạng người bệnh.

**7.2.7.2. Nấm Candida albicans:** Có thể gây bệnh phổi cấp tính với biểu hiện hình ảnh Xquang là nhiều nốt mờ rải rác cả hai phế trường phổi, về lâm sàng người bệnh có khó thở, đau ngực nhiều.

Chẩn đoán xác định các loại nấm phổi thường dựa vào kỹ thuật miễn dịch điện di tìm kháng thể kháng nấm.

**7.2.8. Bệnh bụi phổi:** Chẩn đoán phân biệt chỉ đặt ra khi tổn thương hình giả u của bệnh bụi phổi. Hình mờ này có thể hoại tử (vô khuẩn) tạo thành hang với bờ nham nhở. Người bệnh thường có tiền sử nghề nghiệp tiếp xúc với bụi. Xét nghiệm đờm không có vi khuẩn lao.

## 8. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHÚNG

### 8.1. Tiến triển tốt

Khi bệnh nhân được phát hiện sớm và chữa kịp thời, các triệu chứng lâm sàng sẽ giảm và hết (trung bình 1- 2 tuần). Vi khuẩn ở trong đờm sẽ âm hoá sau 1 – 2 tháng điều trị. Tổn thương trên X quang thường thay đổi chậm hơn. Tổn thương có thể xoá hết hoặc để lại một số nốt vôi hoặc dải xơ.

### 8.2. Tiến triển không tốt

Nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời thì đa số trường hợp bệnh diễn biến từng đợt, các triệu chứng ngày càng nặng lên và có thể có các biến chứng, các biến chứng hay gấp của lao phổi được nêu dưới đây.

**8.2.1. Ho ra máu:** Là biến chứng thường gặp trong lâm sàng. Số lượng máu có thể nhiều hoặc ít, trường hợp ho ra máu nhiều người bệnh có thể tử vong. Đây là một cấp cứu phải xử trí kịp thời.

**8.2.2. Tràn khí màng phổi:** Do vỡ hang lao hoặc vỡ phế nang bị giãn (trong lao phổi có thể kèm gián phế nang vì nhu mô phổi lành thở bù cho phần phổi bị tổn thương). Bệnh nhân đau ngực đột ngột kèm theo khó thở. Đây cũng là một cấp cứu, cần phải chẩn đoán và xử trí kịp thời.

**8.2.3. Bội nhiễm:** Bệnh nhân có triệu chứng cấp tính: Sốt cao, ho nhiều đờm... Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng, trong đó tăng tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính. Cần phải điều trị phối hợp thêm kháng sinh.

**8.2.4. Lao nhiều bộ phận trong cơ thể:** Từ phổi, vi khuẩn lao theo đường máu và bạch huyết, gây lao ở nhiều bộ phận như lao hạch, lao các màng, lao xương khớp... Trong đó lao màng não là thể lao nặng nhất, bệnh nhân có thể tử vong.

**8.2.5. Tâm phế mạn tính:** Do giảm diện tích phổi tham gia hô hấp, bệnh nhân bị suy hô hấp kéo dài, dẫn đến tâm phế mạn, cuối cùng là tử vong trong bệnh cảnh suy tim, suy hô hấp.

## 9. ĐIỀU TRỊ

Do có nhiều thuốc chữa lao ra đời, mà việc điều trị bệnh lao nói chung và lao phổi nói riêng đã đạt được những kết quả tốt. Tuy nhiên kết quả điều trị phụ thuộc nhiều vào thời gian phát bệnh sớm hay muộn. Điều trị lao phổi chủ yếu là điều trị nội khoa.

### 9.1. Các phác đồ

Hiện nay ở nước ta có 3 phác đồ được sử dụng để điều trị lao phổi.

- Lao phổi mới: 2 SRHZ/ 6 HE.
- Lao phổi thất bại, tái phát: 2 SRHZE/ 1RHZE/ 5 R<sub>3</sub>H<sub>3</sub>E<sub>3</sub>.
- Lao trẻ em, phụ nữ có thai 2RHZ/ 4RH.

Việc điều trị phải theo đúng nguyên tắc chữa bệnh lao. Đối với người có bệnh gan, thận kèm theo thì cần cân nhắc từng trường hợp cụ thể mà sử dụng thuốc cho hợp lý.

Riêng đối với thể lao kê cần điều trị corticoid kết hợp.

### 9.2. Theo dõi và đánh giá kết quả điều trị

Để đánh giá kết quả điều trị cần phải theo dõi diễn biến của triệu chứng lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng, trong đó xét nghiệm tìm vi khuẩn lao trong đờm là quan trọng nhất.

Sự âm hoá của vi khuẩn ở trong đờm là yếu tố cơ bản đánh giá bệnh tiến triển tốt. Theo quy định của Chương trình chống lao quốc gia (2006) các bệnh nhân lao phổi cần được xét nghiệm đờm vào các tháng thứ 2 (hoặc 3), 5, 7 (hoặc 8) trong quá trình điều trị.

#### 9.2.1. Kết quả điều trị được chia thành 6 loại

9.2.1.1. *Khỏi*: Bệnh nhân dùng thuốc đủ 8 tháng, kết quả xét nghiệm đờm tháng thứ 5 và 8 không có vi khuẩn. Nếu không xét nghiệm được ở tháng thứ 5 thì phải có 2 mẫu đờm xét nghiệm khi kết thúc điều trị không có vi khuẩn.

9.2.1.2. *Hoàn thành điều trị*: Bệnh nhân dùng thuốc đủ thời gian, nhưng không xét nghiệm vi khuẩn khi kết thúc điều trị.

9.2.1.3. *Thất bại*: Khi xét nghiệm đờm còn vi khuẩn ở tháng thứ 5 trở đi.

9.2.1.4. *Chuyển*: Bệnh nhân được chuyển đi nơi khác điều trị.

9.2.1.5. *Bỏ điều trị*: Người bệnh không dùng thuốc trên 2 tháng trong quá trình điều trị.

**9.2.1.6. Chết:** Bệnh nhân bị chết trong quá trình điều trị vì bất kể căn nguyên gì.

Một số tác giả còn dựa vào diễn biến tổn thương trên X quang (xoá, thu gọn, lấp hang...) để đánh giá hiệu quả điều trị.

### **9.3. Một số biện pháp điều trị kết hợp**

**9.3.1. Phẫu thuật:** Phẫu thuật ngày càng hạn chế đối với điều trị lao phổi, chỉ được đặt ra khi người bệnh đã điều trị nội khoa không có kết quả (thường là vi khuẩn kháng thuốc), u lao, nhưng tổn thương lao phổi phải khu trú, chức năng phổi và thể trạng bệnh nhân chịu được phẫu thuật. Tại Khoa ngoại Bệnh viện Lao – Bệnh phổi trung ương, theo Vũ Đỗ (2004) phẫu thuật chủ yếu là cắt đoạn phổi (94,4%), cắt xẹp thành ngực (6,6%). Phẫu thuật cắt thùy trên chiếm 49,3% các trường hợp và gấp 3 lần cắt thùy dưới (16,9%).

**9.3.2. Miễn dịch trị liệu:** Những bệnh nhân lao phổi có vi khuẩn kháng thuốc, thường có rối loạn miễn dịch của cơ thể. Điều chỉnh lại những rối loạn miễn dịch được coi là một biện pháp điều trị hỗ trợ. Các biện pháp sử dụng để tăng cường miễn dịch cho cơ thể gồm: Các tế bào lympho T đã hoạt hoá, Thymalin (tinh chất của tế bào tuyến úc), Levamisol. Thymalin dùng 10 mg mỗi ngày trong 5 ngày, nhận thấy tăng đáp ứng cả miễn dịch tế bào và miễn dịch dịch thể. Dùng Levamisol 150mg cách 3 ngày một lần (trong thời gian 3 tháng) sẽ tăng đáp ứng miễn dịch tế bào rõ rệt.

## **9.4. Điều trị bệnh nhân lao phổi kháng thuốc**

### **9.4.1. Những nguyên tắc cơ bản**

**9.4.1.1. Những bệnh nhân không là lao kháng đa thuốc** có thể sử dụng lại phác đồ điều trị lại của Tổ chức Y tế Thế giới (1997) khuyến cáo: 2SRHZE / 1RHZE / 5R<sub>3</sub>H<sub>3</sub>E<sub>3</sub>.

**9.4.1.2. Bệnh lao kháng đa thuốc:** Phải dùng thuốc loại 2.

- Giai đoạn tấn công: Dùng 5 loại thuốc (3 tháng).
- Giai đoạn duy trì: ít nhất là 18 tháng.

**9.4.1.3. Điều trị phải được kiểm soát trực tiếp:** Theo dõi đờm hàng tháng trong 6 tháng đầu, sau đó 3 tháng 1 lần cho đủ 18 tháng.

### **9.4.2. Phác đồ chữa bệnh lao kháng đa thuốc (WHO 1997, 2006)**

Kháng với	Giai đoạn tấn công		Giai đoạn duy trì	
	Thuốc	Số tháng tối thiểu	Thuốc	Số tháng tối thiểu
Isoniazid Rifampicin và Streptomycin	Aminoglycozid Ethionamid Pyrazinamid Ofloxacin Ethambutol	3 3 3 3 3	Ethinoamid Ofloxacin Ethambutol	18 18
Isoniazid Rifampicin Streptomycin và Ethambutol	Aminoglycozid Ethionamid Pyrazinamid Ofloxacin Cycloserin (PAS)	3 3 3 3 3	Ethionamid Ofloxacin Cycloserin (PAS)	18 18

Cần lưu ý các thuốc chống lao loại 2 tác dụng lên vi khuẩn yếu và có nhiều tai biến, cho nên khi điều trị phải theo dõi chặt chẽ bệnh nhân. Hiện nay (2006) Chương trình chống lao quốc gia chưa sử dụng rộng rãi thuốc loại 2 để chữa bệnh lao kháng thuốc.

## 10. PHÒNG BỆNH

Lao phổi là nguồn lây nên điều trị giải quyết nguồn lây là biện pháp phòng bệnh hiệu quả nhất cho những người xung quanh. Người lao phổi không nên khạc nhổ bừa bãi để tránh lây bệnh cho người khác.

Điều trị tích cực lao sơ nhiễm ở trẻ em cũng là biện pháp phòng lao phổi sau này. Những người mắc một số bệnh như đái tháo đường, loét dạ dày - tá tràng, bụi phổi, cần thường xuyên kiểm tra sức khỏe để phát hiện bệnh lao phổi kết hợp. Cần phát hiện sớm và điều trị kịp thời lao phổi để phòng các biến chứng.

## TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày vị trí quan trọng của lao phổi trong bệnh học lao.
2. Trình bày triệu chứng lâm sàng của lao phổi.
3. Trình bày triệu chứng cận lâm sàng của lao phổi.
4. Trình bày tiêu chuẩn chẩn đoán thể lao phổi điển hình AFB (+).
5. Hãy nêu các thể lâm sàng của lao phổi.
6. Hãy kể các biến chứng của lao phổi.
7. Hãy kể các phác đồ điều trị bệnh lao phổi (khi vi khuẩn chưa kháng thuốc).
8. Hãy kể các biện pháp phòng bệnh lao phổi.