

Bài 9

LAO TIẾT NIỆU - SINH DỤC

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của lao tiết niệu - sinh dục.
2. Nêu được các yếu tố chẩn đoán xác định lao tiết niệu - sinh dục.
3. Kể được cách điều trị và phòng bệnh lao tiết niệu - sinh dục.

1. ĐẠI CƯƠNG

Lao tiết niệu sinh dục là thể lao ngoài phổi thường gặp. Bệnh hình thành do sự lan truyền theo đường máu và đường bạch huyết của vi khuẩn lao từ tổn thương lao sơ nhiễm, thường là ở phổi. Bệnh xuất hiện muộn sau lao sơ nhiễm từ 5 – 15 năm, hiếm gặp ở trẻ em và thường chỉ xuất hiện ở một bên thận. Tổn thương bắt đầu ở phần vỏ thận, khi lan rộng tổn thương sẽ phá huỷ tổ chức thận và tạo thành hang. Nếu viêm làm tắc lưu thông giữa thận và niệu quản, áp suất ngược dòng sẽ gây phá huỷ thận. Nhiễm khuẩn lan xuống niệu quản (có thể bị tắc) và có thể tới bàng quang (hình thành ổ loét) rồi sau đó đến tuyến tiền liệt, ống dẫn tinh, mào tinh hoàn ở nam giới; tổn thương buồng trứng và tử cung ở phụ nữ. Việc chẩn đoán sớm lao tiết niệu - sinh dục thường khó, dễ nhầm với các bệnh khác của hệ tiết niệu - sinh dục không do lao.

Bệnh gặp ở hai giới với tỷ lệ gần ngang nhau: nữ 55%, nam 45%. Lứa tuổi gặp nhiều từ trên 20 – 50 tuổi (70%); từ 5 - 20 tuổi là 15%; từ trên 50 – 80 tuổi là 15%.

Bệnh cũng thường dẫn đến vô sinh vì di chứng nếu như không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời đúng nguyên tắc. Trước khi có thuốc chống lao, đây là một bệnh ngoại khoa, giải quyết bằng phẫu thuật là chủ yếu, tỷ lệ tử vong rất cao. Từ khi có thuốc chống lao, điều trị nội khoa là chính, phẫu thuật chỉ giải quyết những trường hợp mà nội khoa không giải quyết được như một bên thận đã bã đậu hoá hoàn toàn, bàng quang teo nhỏ. Điều trị nội khoa là một bước chuẩn bị cho điều trị ngoại khoa tốt hơn.

2. SINH BỆNH HỌC

Vi khuẩn lao từ tổn thương lao tiên phát (lao sơ nhiễm, lao phổi...) theo đường máu và đường bạch huyết đến gây tổn thương đầu tiên ở vùng vỏ thận, sau đến các bộ phận khác của hệ tiết niệu. Các tổn thương ở đây xơ hoá nhanh chóng nhường chỗ cho sẹo xơ màu xám, lõm ở mặt ngoài thận. Các tổn thương này mau lành hơn, không thấy được khi chụp X quang mà chỉ xác định được qua giải phẫu bệnh lý. Những trường hợp bệnh tiến triển xấu, vi khuẩn lao theo đường vi quản thận đến tuỷ thận, tháp thận, nhú thận và đài thận. Tổn thương lao phá huỷ thành và xung quanh ống thận. Các nang lao được hình thành, bã đậu hoá, cùng với các củ lao tạo nên các ổ áp xe chứa nhiều vi khuẩn lao. Tiếp giáp với đài thận, tổn thương không xơ hoá và khỏi nhanh như vùng vỏ thận mà đi đến phá huỷ, bã đậu hoá. Một số trường hợp tổn thương chỉ khu trú ở vỏ thận, nhưng đa số trường hợp vi khuẩn lan theo đường nước tiểu đến gây bệnh cả ở đài thận, bể thận, niệu quản, bàng quang, đôi khi cả niệu đạo, rồi sau đó tới tiền liệt tuyến, ống dẫn tinh, mào tinh hoàn, tinh hoàn ở nam giới; với nữ giới là tử cung và buồng trứng.

Như vậy tổn thương lao đầu tiên của thận là vùng vỏ thận, tổn thương khu trú ở vùng có nhiều mạch máu, thường dẫn đến xơ hoá. Nhưng trong một số trường hợp tổn thương phát triển vào vùng tuỷ thận. Gai thận, đài thận là những vùng ít mạch máu hơn, tổn thương dần bã đậu hoá, bệnh ngày càng nặng. Nếu được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời đúng nguyên tắc bệnh có thể khỏi hoàn toàn. Ngược lại không được điều trị hay điều trị không đúng nguyên tắc thì niệu quản bị xơ hoá chít hẹp, bàng quang xơ hoá teo nhỏ. Phần niệu quản phía trên giãn rộng làm cho nước tiểu bị ứ đọng, gây viêm thận ngược dòng. Hậu quả là thận to do ứ nước, ứ mủ bể thận. Không phải tổn thương lao chỉ ở thận mà cả hệ thống tiết niệu sinh dục (Tuberculosis Urogenital), nhất là ở nam giới tổn thương thường phối hợp, khoảng 80% - 90% lao tinh hoàn có kèm theo lao thận. Ở nam giới có sự liên quan rất chặt chẽ giữa đường tiết niệu và đường sinh dục cả về mặt giải phẫu cũng như hệ bạch huyết vì vậy tiền liệt tuyến, túi tinh, ống dẫn tinh, mào tinh hoàn, tinh hoàn có thể bị bệnh thường gặp ở phần đuôi tinh hoàn, có thể ở đầu hoặc toàn bộ tinh hoàn đồng thời hoặc riêng biệt. Lâm sàng tổn thương hay gặp nhất là mào tinh hoàn, tổn thương có thể ở cả hai bên tinh hoàn. Như vậy ở nam giới thường gặp lao cả hệ thống tiết niệu và sinh dục. Ở nữ giới sự liên quan về mặt giải phẫu giữa hệ tiết niệu và sinh dục ít chặt chẽ hơn, lao vòi trứng và lao tử cung là các thể lao sinh dục hay gặp ở phụ nữ. Lao sinh dục nữ thường gây vô sinh. Trước một trường hợp nữ bị lao sinh dục cũng cần phải xem xét kỹ để chẩn đoán lao tiết niệu.

3. GIẢI PHẪU BỆNH

Tùy từng giai đoạn của bệnh mà tổn thương giải phẫu bệnh lý mang những hình thái khác nhau. Tổn thương nhu mô thận bắt đầu là loét bã đậu, hoại tử, nhu mô thận bị phá huỷ cuối cùng là mủ thận. Tuy nhiên bên cạnh

quá trình bã đậu hoá còn có quá trình xơ hoá, hai quá trình này phát triển song song với nhau.

3.1. Tổn thương tại thận

Trường hợp tổn thương nhiều vùng vỏ thận, tổ chức mỡ quanh thận bị biến đổi do tổn thương lao xâm nhập nên có thể dính với tổn thương vùng vỏ thận, khi bóc vỏ thận có thể làm vỡ nang lao vì thành nang rất mỏng. Những tổn thương nông có thể làm biến dạng mặt ngoài thận, chỉ nhìn thấy rõ sau khi đã bóc vỏ ngoài thận. Đó là những khối lồi nhỏ màu trắng vàng hoặc xanh lơ tụ tập thành đám hoặc đơn độc nằm dưới vỏ thận. Khi cắt dọc thận, trên mặt cắt có nhiều nang với nhiều hình dạng khác nhau, các tổn thương mới với nang bờ mỏng mềm mại, không có vỏ bọc mà có lớp nhầy bao bọc, các hạt lao rải rác hoặc tụ tập thành hình nón làm lồi vùng vỏ thận, chứng tỏ quá trình bã đậu hoá đang hình thành. Các tổn thương cũ, tổn thương nang như một kén chứa nước tiểu, thành nang có màng phủ lên. Các nang khác nằm trong thận hoặc sát mặt thận với thành nang màu trắng vàng, xung quanh nang là các tổ chức xơ sẹo, co kéo nhu mô thận, đôi khi trong lòng nang chứa đầy chất bã đậu: cả hai loại tổn thương cũ và mới xen lẫn nhau trên cùng thận. Quá trình loét hoại tử bã đậu dẫn đến phá huỷ hoàn toàn nhu mô thận, kích thước thay đổi thường rất to, nhưng có khi bình thường hoặc teo đi, khi cắt dọc không còn thấy nhu mô thận. Ranh giới đài thận không rõ do tràn ngập tổ chức xơ mỡ, khi thận bị vỡ, các chất này sẽ thoát ra ngoài. Đôi khi vỡ vào tổ chức quanh thận để hình thành áp xe lạnh quanh thận nguồn gốc từ thận.

3.2. Tổn thương niệu quản

Giai đoạn đầu bên ngoài niệu quản bị phù nề, niêm mạc có phản ứng viêm. Sang giai đoạn tiến triển niêm mạc và dưới niêm mạc bị loét, tổn thương lao xâm nhập lớp cơ làm xơ hoá. Vỏ ngoài dày lên do phản ứng xơ mỡ, làm chít hẹp niệu quản, tổn thương lao xâm nhập thành niệu quản gây co kéo nhiều làm niệu quản ngắn lại kéo bàng quang và lỗ niệu quản. Phần niệu quản viêm sẽ dần bị tắc, vị trí niệu quản bị viêm thường gặp là niệu quản phần chậu và lỗ miệng niệu quản. Tổn thương viêm niệu quản có thể dẫn đến biến chứng tại chỗ: tổn thương rách, rò niệu quản ngoài da, phúc mạc.

3.3. Tổn thương bàng quang

Tổn thương bàng quang giống tổn thương niệu quản, khởi đầu là những vùng viêm ở niêm mạc, giống như viêm thường không đặc hiệu. Sau đó là tổn thương lao có hình dáng như những nhân nhỏ trôi lên màu vàng hay trắng đục, xung quanh đỏ, các vết loét ăn sâu vào thành bàng quang, bờ của ổ loét không đều, dễ chảy máu. Hiện tượng xơ hoá thường xảy ra sớm làm thành bàng quang dày ra và thay đổi hình dáng, có thể tiếp tục biến đổi khi thận đã khỏi hoặc đã bị cắt bỏ. Nên có nhiều trường hợp thận đã bị lao đã cắt bỏ rồi nhưng vẫn rối loạn tiểu tiện ngày càng nặng, nhất là những trường hợp bàng quang đã mất hẳn khả năng co bóp vì bị teo lại.

3.4. Tổn thương bộ phận sinh dục

- Tổn thương ở mào tinh hoàn, tinh hoàn và ống tinh: Mào tinh hoàn khi bị lao có những tổn thương giống như ở thận và thường nở to. Phần đuôi dễ bị lao nhất sau đó là phần đầu. Độ rắn của mào tinh hoàn thường xảy ra nhanh vì xơ hoá. Tinh hoàn chỉ bị lao khi tổn thương lao ăn sâu vào nó, trường hợp này dễ xảy ra khi tinh hoàn nung mủ. Lao mào tinh hoàn và tinh hoàn thường đi đôi với lao ống tinh, ống tinh giãn rộng, cứng và đau. Tuyến tiền liệt và túi tinh có những nhân rắn hay có vùng cứng vì xơ hoá hoặc những vùng mềm bị nung mủ và hoại tử nhưng hiếm.
- Tổn thương ở vòi trứng: Tổn thương làm vòi trứng xơ hoá, chít hẹp và tắc.

4. LÂM SÀNG

Do tính chất đa dạng và sự lan tràn ở nhiều vị trí của tổn thương, nên không có triệu chứng và hội chứng lâm sàng đặc hiệu riêng cho lao tiết niệu - sinh dục. Các triệu chứng và hội chứng lâm sàng có giá trị định hướng để làm các thăm dò cần thiết giúp chẩn đoán xác định lao tiết niệu - sinh dục. Bệnh cảnh lâm sàng có thể xếp thành hai loại triệu chứng của hai cơ quan: sinh dục và tiết niệu.

4.1. Triệu chứng lâm sàng của lao tiết niệu

Trong lao tiết niệu thì lao thận là chủ yếu, nên về triệu chứng học và chẩn đoán cần nhấn mạnh về lao thận.

4.1.1. Triệu chứng cơ năng

4.1.1.1. Rối loạn bài tiết nước tiểu: Biểu hiện bằng những triệu chứng của viêm bàng quang (60 – 70% trong lao tiết niệu) như đái rắt, nhất là về đêm, đái buốt cuối bãi. Những triệu chứng này có khi rầm rộ, có khi không rõ. Bệnh diễn biến từng đợt thường giảm rồi lại xuất hiện trở lại nếu không được điều trị kịp thời, đúng nguyên tắc. Hiện nay ít gặp triệu chứng của viêm bàng quang dạng cấp tính mà thường là một viêm bàng quang thể nhẹ với những triệu chứng kéo dài hay từng đợt dễ nhầm với viêm bàng quang do vi khuẩn đường ruột, nhất là ở nữ giới.

4.1.1.2. Đái ra máu: Là dấu hiệu thường gặp (đứng hàng thứ 2 sau sỏi thận), thường là lượng nước tiểu ít, đái ra máu nhưng không đau, hay tái đi tái lại, hay gặp đái ra máu toàn bãi. Có thể chỉ đái ra máu vi thể, chỉ xác định được bằng xét nghiệm nước tiểu. Giai đoạn đầu của lao thận gặp đái ra máu nhiều hơn ở giai đoạn sau.

4.1.1.3. Đái ra mủ: Bệnh nhân có thể chỉ đái ra mủ. Cần lấy mủ cấy tìm vi khuẩn ngoài lao khi đó sẽ âm tính.

4.1.1.4. Đau vùng thắt lưng: Bệnh nhân có cảm giác nặng hoặc đau nhẹ vùng thắt lưng, đôi khi có cơn đau quặn thận do tổn thương gây chít hẹp đường bài

tiết nước tiểu, hoặc mảng bã đậu di chuyển theo đường bài tiết nước tiểu gây tắc tạm thời, gây co thắt niệu quản. Đau ít gặp trong lao thận đơn thuần, thường gặp trong lao thận có kết hợp với lao niệu quản.

4.1.2. Triệu chứng thực thể

Thường nghèo nàn, giai đoạn sớm thường không phát hiện được gì, giai đoạn muộn có thể khám thấy thận to. Thăm khám trực tràng có thể thấy niệu quản cứng và to.

4.1.3. Triệu chứng toàn thân: Sốt vừa và nhẹ về chiều và tối, sốt âm ỉ, kéo dài, mệt mỏi, ăn ngủ kém, gầy sút cân, da xanh, niêm mạc nhợt biểu hiện của thiếu máu do mất nhiều máu. Huyết áp thường tăng cao. Đứng trước một trường hợp viêm thận, bể thận cấp, tái phát nhiều lần, điều trị bằng các kháng sinh chống nhiễm khuẩn thông thường không có kết quả, cần phải theo dõi và làm các xét nghiệm để chẩn đoán lao tiết niệu.

4.2. Triệu chứng lâm sàng của lao sinh dục

4.2.1. Triệu chứng lâm sàng của lao sinh dục nam: Thường gặp tổn thương lao sinh dục kết hợp với lao thận. Nếu tổn thương lao sinh dục nông: tổn thương tinh hoàn và mào tinh hoàn. Bệnh nhân đến khám vì sưng tấy ở bìu, thăm khám thấy tinh hoàn, mào tinh hoàn sưng lên. Hay gặp ở vị trí quai nối tiếp với ống dẫn tinh phía dưới bìu, có thể tổn thương ở hai cực đuôi và đầu sau mới lan ra toàn bộ mào tinh hoàn và tinh hoàn. Nhiều trường hợp từ những tổn thương mào tinh hoàn, người ta phát hiện ra tổn thương lao thận.

Một số ít có biểu hiện cấp tính với bệnh cảnh lâm sàng: sưng tấy tinh hoàn và mào tinh hoàn, bìu sưng to, đau, bệnh nhân sốt cao. Vì vậy dễ chẩn đoán nhầm với viêm tinh hoàn do tạp khuẩn (tụ cầu, liên cầu, vi khuẩn đường ruột...) Đa số trường hợp bệnh xuất hiện từ từ: đau nhẹ ở bìu, tinh hoàn to dần lên, khi bệnh nhân đến khám ở giai đoạn muộn có thể thấy rò tinh hoàn, chất bã đậu thoát ra ngoài, lỗ rò lâu lành. Trường hợp tràn dịch màng tinh hoàn khám thấy cả một bên bìu sưng to, nóng, đỏ, da bìu căng thẳng, bóng loáng, làm cho khám nghiệm khó khăn. Tuy nhiên nếu khám cẩn thận thì sẽ nhận thấy mào tinh hoàn lớn, đau và có một màng mỏng tràn dịch của tinh mạc. Nếu tổn thương lao sinh dục sâu: bệnh có thể biểu hiện bằng rò ở vùng đáy chậu hoặc đái khó do có tổn thương ở tuyến tiền liệt hoặc túi tinh. Thăm khám trực tràng thấy túi tinh và tuyến tiền liệt to, rắn chắc, ống dẫn tinh lớn nhón những chuỗi hạt cứng, ấn đau.

Thực tế lâm sàng gặp những bệnh nhân tinh hoàn to gần giống khối u, dễ nhầm với ung thư tinh hoàn hoặc có khi chỉ là bệnh cảnh viêm đường tiết niệu mạn tính. Nên kiểm tra huyết áp nếu thấy huyết áp tăng cao thì phải nghĩ đến lao tiết niệu sinh dục.

4.2.2. Triệu chứng lâm sàng của lao sinh dục nữ: Lao sinh dục nữ là do vi khuẩn từ tổn thương sơ nhiễm lan truyền theo đường máu đến gây nhiễm nội mạc tử cung và ống dẫn trứng (vòi trứng). Lâm sàng thường gặp tổn thương ở nội mạc tử cung (65% - 85%). Phần phụ (45% - 60%), cổ tử cung (30% - 50%). Ít gặp tổn thương lao ở âm hộ và âm đạo.

Triệu chứng lâm sàng thường gặp là:

- Khí hư ra nhiều, rối loạn kinh nguyệt. Khám thấy cổ tử cung loét, sần sùi và dễ chảy máu, vòi trứng và dây chằng rộng dính với buồng trứng, dễ sờ thấy u cục vùng hố chậu. Hậu quả lao sinh dục nữ thường dẫn đến vô sinh. Vì vậy vô sinh là nguyên nhân phổ biến nhất khiến bệnh nhân lao sinh dục nữ đi khám bệnh.
- Đau vùng bụng dưới, đau âm ỉ từng cơn, bệnh nhân có cảm giác mệt mỏi khó chịu.
- Có thể có những triệu chứng của áp xe vùng vòi trứng, đôi khi kèm theo những khối u lớn vùng ổ bụng.
- Khám vùng khung chậu có thể thấy khối cứng nhỏ hoặc to ở vùng vòi trứng.

Bệnh nhân có đáp ứng tốt với điều trị đặc hiệu bằng thuốc chống lao, đám cứng có thể biến mất mà không cần can thiệp ngoại khoa. Tuy nhiên tổn thương có thể làm tắc vòi trứng, bệnh nhân vẫn bị vô sinh vì trứng thụ tinh không thể đi qua vòi trứng đã bị chít hẹp; có thể xảy ra chửa ngoài tử cung. Điều trị nội khoa tốt có thể hạn chế được tỷ lệ vô sinh. Lao sinh dục nữ cũng còn là nguyên nhân dẫn đến lao bẩm sinh khi người phụ nữ sinh con, mặc dù tỷ lệ lao bẩm sinh ít gặp ở nước ta.

5. CẬN LÂM SÀNG

5.1. Xét nghiệm nước tiểu tìm AFB

- Lấy nước tiểu 24 giờ, ly tâm lấy cặn nhuộm soi trực tiếp hoặc nuôi cấy tìm AFB. Nếu dương tính là tiêu chuẩn vàng (Gold Standard) để chẩn đoán xác định lao tiết niệu nhưng tỷ lệ tìm thấy AFB thấp (xét nghiệm trực tiếp 25%); nuôi cấy tỷ lệ dương tính 40% - 60%. Cần thiết lấy xét nghiệm nước tiểu 2 - 3 lần, lấy vào buổi sáng.
- Tìm AFB trong nước tiểu là một xét nghiệm chính để chẩn đoán lao thận tiết niệu. Tuy nhiên không phải bất cứ trường hợp lao thận nào cũng tìm thấy AFB trong nước tiểu vì thận chỉ xuất tiết mủ lao có vi khuẩn từng lúc (Wildbolz, Jameson, Solltys). Tỷ lệ tìm thấy AFB trong nước tiểu qua cấy nước tiểu thay đổi từng tác giả: Colombino (100%), Chevassu: 92%, Ngô Gia Hy 40%.

5.2. Chụp X quang hệ tiết niệu - sinh dục

Chụp X quang là một yếu tố quan trọng trong chẩn đoán lao tiết niệu sinh dục, trong đa số trường hợp chụp X quang có thể cho thấy những hình ảnh đặc hiệu giúp cho chẩn đoán, ngoài ra chụp X quang hệ tiết niệu giúp cho việc đánh giá toàn bộ và vị trí tổn thương, góp phần vào chỉ định phẫu thuật nếu cần thiết.

5.2.1. Chụp không chuẩn bị hệ tiết niệu: Rất quan trọng và bắt buộc trước khi chụp cản quang, chụp ở tư thế thẳng có thể phát hiện được.

Ở vùng thận có những đám mờ đậm hoặc nhạt tương ứng với những ổ lao trong nhu mô thận, đôi khi thấy thận vôi hoá. Ngoài ra trong nhiều trường hợp có thể phát hiện tổn thương lao ngoài thận phối hợp như: lao cột sống, lao khớp háng, các hạch vôi hoá cạnh cột sống, vôi hoá trên đường đi của cơ đái chậu do di chứng của áp xe cũ.

5.2.2. Chụp có chuẩn bị hệ tiết niệu: Trong những trường hợp chức năng thận cho phép, chụp hệ tiết niệu có chuẩn bị (UIV) là một phương pháp thăm dò rất giá trị để nghiên cứu những hình ảnh tổn thương của thận và đường tiết niệu, bao gồm niệu quản và bàng quang.

5.2.2.1. Tổn thương ở thận: Có thể thấy một trong các hình ảnh sau đây:

- Hình đài thận bị nham nhở.
- Hình một đài thận hay nhiều đài bị cắt cụt.
- Hình một đài thận hay một chùm đài thận giãn rộng do phần cuống bị chít hẹp.
- Hình hang lao ở đài thận là những bóng sáng thuộc vùng nhu mô thận.
- Thận cầm vì chướng mủ hoặc teo: mất một đài thận hay cả một thận.

Có thể chụp X quang thận ngược dòng: đưa ống thông vào đường niệu quản rồi bơm thuốc cản quang qua ống thận sau đó chụp thận niệu quản có thể thấy hình ảnh tổn thương. Kết hợp lấy nước tiểu ở thận qua ống thông niệu quản để xét nghiệm tìm AFB bằng phương pháp soi thuận nhất và nuôi cấy.

5.2.2.2. Tổn thương ở niệu quản: Hay gặp nhất là chỗ tiếp giáp giữa thận với niệu quản, niệu quản với bàng quang.

- Hình ảnh niệu quản bị chít hẹp tại một hay nhiều chỗ.
- Hình ảnh niệu quản giãn rộng, uốn cong trên chỗ chít hẹp.
- Hình ảnh niệu quản chít hẹp nhiều đoạn giống như một dây thừng.

Nếu hẹp phần nối giữa thận – niệu quản sẽ thấy hình ảnh thận ứ nước, rồi toàn bộ đài bể thận giãn rộng. Nếu tổn thương phần nối niệu quản – bàng quang thì toàn bộ niệu quản và đài bể thận giãn rộng. Niệu quản mất tính mềm mại, phía trên tổn thương giãn rộng, phía dưới thẳng cứng.

5.2.2.3. Tổn thương ở bàng quang: Bàng quang bị biến dạng thành hình tam giác hoặc teo nhỏ thành hình trứng.

5.2.3. Soi bàng quang: Khi nghi ngờ có lao thận, kể cả khi đã chẩn đoán bệnh nhân bị lao thận thì soi bàng quang vẫn là cần thiết và có công dụng, với điều kiện là phải làm nhẹ nhàng, nếu cần thiết cho thuốc tê tại chỗ hay thuốc mê. Triệu chứng thấy được thường quá muộn, có thể thấy tổn thương đặc hiệu là những hạt lao ở đỉnh bàng quang vùng các lỗ niệu quản, màu trắng đục, hơi vàng, to bằng đầu đinh ghim, xung quanh có quầng đỏ, các hạt lao có thể nằm đơn độc, nhưng thường xếp thành từng vòng hoặc từng dải. Hoặc thấy những nốt loét rất dễ nhận định khi soi bàng quang quanh lỗ niệu quản và đỉnh của bàng quang (là những khu vực thường có tổn thương lao khu trú). Đôi khi chỉ thấy niêm mạc bàng quang xung huyết do phù nề, có mảng xuất huyết, tập trung chủ yếu ở vùng lỗ niệu quản. Thường tổn thương niêm mạc bàng quang bên nào nhiều thì thận, niệu quản bên đó bị tổn thương.

Qua nội soi có thể làm sinh thiết để chẩn đoán cơ thể bệnh.

5.2.4. Những xét nghiệm tìm tổn thương lao sinh dục

- Chụp tinh hoàn: thấy hình ảnh tinh hoàn và mào tinh hoàn to ra, ống dẫn tinh có hạt lớn nhỏ.
- Chọc dò và sinh thiết mào tinh hoàn, tinh hoàn tìm tổn thương lao đặc hiệu. Chọc hút dịch màng tinh hoàn xét nghiệm tế bào, tìm vi khuẩn lao.
- Chụp cản quang vòi trứng, tử cung thấy vòi trứng bị chít hẹp hoặc tắc, niêm mạc tử cung nhám nhỏ.
- Sinh thiết niêm mạc tử cung, cổ tử cung để tìm tổn thương lao đặc hiệu.
- Có thể tìm AFB trong máu kinh nhưng ít gặp.

5.2.5. Một số xét nghiệm cận lâm sàng khác

5.2.5.1. Chụp X quang phổi: Vì lao hệ tiết niệu – sinh dục thường là thứ phát, nên có thể thấy tổn thương lao sơ nhiễm, lao cũ (nốt vôi, dải xơ...) hay lao tiến triển ở phổi.

5.2.5.2. Có thể lấy đờm xét nghiệm tìm AFB trực tiếp để chẩn đoán lao phổi phối hợp.

5.2.5.3. Phản ứng Mantoux: Giống các lao ngoài phổi khác, thường dương tính mạnh.

5.2.5.4. *Tìm tổn thương lao ở các cơ quan khác ngoài phổi nếu có nghi ngờ: Hạch, xương khớp...*

5.2.5.5. *Xét nghiệm máu lắng và công thức máu*

- Tốc độ máu lắng thường tăng cao.
- Công thức máu: Hồng cầu bình thường hay giảm nhẹ, có thể giảm nhiều, tùy thuộc vào số lượng máu mất. Bạch cầu bình thường hay tăng nhẹ, tỷ lệ lympho tăng.

5.2.5.6. *Xét nghiệm sinh hoá, tế bào trong nước tiểu*

- pH nước tiểu thường giảm.
- Protein (+).
- Bạch cầu (+).
- Hồng cầu (+).
- Urê giảm.

6. CÁC THỂ LÂM SÀNG

Các thể lâm sàng của lao thận được xếp loại theo triệu chứng của bệnh và kết hợp với triệu chứng các bệnh khác.

6.1. Thể đái ra máu

Lâm sàng bệnh nhân chỉ đái ra máu đơn thuần, ít một, dai dẳng, dễ chẩn đoán xác định phải kết hợp các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng khác.

6.2. Thể đái ra albumin

Xét nghiệm nước tiểu có albumin, cần lấy cận nước tiểu xét nghiệm tế bào và tìm vi khuẩn lao. Có những trường hợp bệnh tiềm tàng, bệnh nhân chỉ có albumin trong nước tiểu và chỉ phát hiện được tổn thương lao khi mổ tử thi.

6.3. Thể đau vùng thắt lưng

Bệnh nhân thường xuyên đau vùng thắt lưng, có những cơn đau quặn thận, liên quan đến cản trở ở niệu quản hoặc do di chuyển chất bã đậu, cận hoặc tắc niệu quản.

6.4. Thể giả u

Bệnh nhân có khối u ở vùng thận, có thể do thận to vì bị huỷ hoại trở thành túi rỗng hoặc thận ứ nước, ứ mủ; khi khám làm ta nghĩ đến khối u.

6.5. Thể sốt

Sốt thất thường, sốt cao. Đây là trường hợp lao tiết niệu sinh dục có những đợt bội nhiễm do ứ đọng nước tiểu.

6.6. Thể mũ thận

Các triệu chứng cấp tính, bệnh nhân sốt cao, thận sưng to, đau. Các triệu chứng này thường khi tăng khi giảm song song với những đợt bệnh nhân đái ra mủ, vùng thận cũng nhỏ dần, X quang là hình ảnh thận cầm.

6.7. Thể có tăng huyết áp

Do hiện tượng thiếu máu của thận gây nên.

6.8. Thể kết hợp với suy thận

Lao hệ tiết niệu sinh dục có thể gây suy thận, do hủy hoại như mô thận. Lâm sàng biểu hiện bệnh cảnh của suy thận.

6.9. Thể kết hợp với sỏi hệ tiết niệu

Ngoài triệu chứng của lao hệ tiết niệu còn có triệu chứng của sỏi hệ tiết niệu.

6.10. Thể kết hợp với các bệnh khác của hệ tiết niệu

Lao hệ tiết niệu sinh dục kết hợp ung thư, kén nước hoặc thận đa nang.

6.11. Thể biểu hiện âm ỉ

Có triệu chứng kín đáo hoặc không có triệu chứng lao tiết niệu sinh dục.

6.12. Thể biểu hiện lao sinh dục cấp tính

Không có triệu chứng báo trước, cả một bên bìu sưng to, nóng đỏ, da bìu căng và bóng loáng, thăm khám khó khăn.

6.13. Thể lao tiết niệu sinh dục kèm biến chứng

Bệnh nhân đến khám vì những áp xe đã vỡ, hay những lỗ rò ở vùng bìu, vùng âm hộ.

6.14. Thể lao tiết niệu - sinh dục biểu hiện bằng triệu chứng của chửa ngoài tử cung

7. CHẨN ĐOÁN

7.1. Chẩn đoán xác định

7.1.1. Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng: Các triệu chứng cơ năng, thực thể và toàn thân như đã mô tả ở trên.

7.1.2. Dựa vào các dấu hiệu cận lâm sàng

- Yếu tố quyết định chẩn đoán là tìm thấy AFB trong nước tiểu. Cần phải xét nghiệm tìm AFB trực tiếp và nuôi cấy nhiều lần vì AFB trong nước tiểu ít và chỉ bài tiết từng đợt. Ở những bệnh nhân đái đục, đái mù chưa tìm thấy BK hoặc chỉ tìm thấy tạp khuẩn, chưa cho phép loại trừ lao.
- X quang là yếu tố quan trọng đặc biệt là chụp UIV hệ tiết niệu cho thấy tổn thương hẹp, giãn hoặc nham nhỏ vùng đài thận, bể thận. Những hình ảnh này có giá trị chẩn đoán xác định khi chưa tìm thấy AFB.
- Soi bàng quang: Cũng có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán nhưng tổn thương thường xuất hiện ở giai đoạn muộn.
- Để chẩn đoán lao sinh dục: cần phối hợp tìm tổn thương lao đặc hiệu qua sinh thiết mào tinh hoàn; hay niêm mạc tử cung để tìm tổn thương lao đặc hiệu. Có thể chụp tử cung, vòi trứng để chẩn đoán lao sinh dục nữ.

7.1.3. Dựa vào tiền sử

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

7.2. Chẩn đoán phân biệt

7.2.1. Đối với lao hệ tiết niệu

7.2.1.1. Viêm bàng quang do nhiễm vi khuẩn thường: Cũng có những triệu chứng rối loạn bài tiết nước tiểu như viêm lao nhưng có thể điều trị được nhanh chóng bằng các kháng sinh thông thường. Soi bàng quang sẽ không thấy những tổn thương lao như hạt lao, loét, sỏi. Không có hình ảnh tổn thương thận trên X quang qua chụp tĩnh mạch cản quang. Không thấy AFB trong nước tiểu.

7.2.1.2. Sỏi thận niệu quản: Đặc biệt là những trường hợp có cơn đau vùng thận do thận bị huỷ hoại nhiều và di chuyển của mảng bã đậu. X quang nếu thận có nhiều sỏi nhỏ có thể nhầm với lao thận vô hoá. Để chẩn đoán xác định cần phải tìm AFB trong nước tiểu bằng soi thuận nhất hoặc nuôi cấy và dựa vào các triệu chứng cận lâm sàng và lâm sàng khác.

7.2.1.3. Viêm hoại tử đài thận: Tổn thương ăn sâu vào tất cả các đài thận của một thận hay cả hai thận và ít khi ở một đài thận riêng biệt. Nước tiểu không có vi khuẩn lao. Trên X quang tất cả các đài thận đều có hình ảnh nham nhỏ, toàn trạng bệnh nhân suy sụp, thường gặp ở bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường.

7.2.1.4. Ung thư thận: Cần chẩn đoán phân biệt với ung thư thận ở những bệnh nhân có thận to do bị hủy hoại nặng hay do ứ nước, mủ. Hay gặp ở người già, thận thường co cứng, mặt lồi nhô, chụp động mạch thận thấy tổn thương rõ, toàn trạng bệnh nhân suy sụp nhanh.

7.2.1.5. Thận đa nang: Là một dị dạng bẩm sinh, thận thường to cả 2 bên, mặt lồi lõm, bờ cũng lồi lõm. Xét nghiệm thấy urê máu tăng cao mạn tính. Chụp UIV thấy đài thận bị kéo dài và hình ảnh gián tiếp là các nang thận.

7.2.1.6. Viêm đường tiết niệu do vi khuẩn thường gây mủ: Bệnh biểu hiện với hội chứng nhiễm khuẩn cấp tính, nước tiểu có nhiều bạch cầu thoái hoá mủ, cấy nước tiểu thấy vi khuẩn gây bệnh.

7.2.1.7. Viêm cầu thận cấp, mạn tính: Triệu chứng đái ra máu là nổi bật, xét nghiệm nước tiểu nhiều lần không thấy AFB.

7.2.2. Đối với lao sinh dục

7.2.2.1. Đối với lao sinh dục nam: Cần phân biệt với viêm mào tinh hoàn, tinh hoàn do vi khuẩn khác. Khám không thấy có hạt lao ở mào tinh hoàn. Bìu thường sưng, nóng, đỏ, đau, cả mào tinh hoàn cũng đau. Túi tinh ít khi bị tổn thương, nếu lao mào tinh hoàn thì thường có lao túi tinh kèm theo. Sinh thiết mào tinh hoàn, tinh hoàn không thấy tổn thương lao đặc hiệu. Thủ điều trị bằng kháng sinh thông thường bệnh sẽ bớt đi khá nhanh.

7.2.2.2. Đối với lao sinh dục nữ: Cần phân biệt với viêm phần phụ do tạp trùng, ung thư tử cung, buồng trứng.

8. TIẾN TRIỂN, TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

8.1. Tiến triển và tiên lượng

Tiên lượng tốt hay xấu phụ thuộc vào chẩn đoán sớm hay muộn, điều trị đúng nguyên tắc từ đầu hay không. Điều trị sớm đúng nguyên tắc bệnh có thể khỏi hoàn toàn không để lại di chứng. Ngược lại nếu chẩn đoán muộn, điều trị muộn không đúng nguyên tắc ít kết quả, tỷ lệ chỉ định phẫu thuật cao, nhiều di chứng và biến chứng.

Ngày nay, cùng với việc chẩn đoán sớm lao tiết niệu sinh dục nhờ dựa vào một số xét nghiệm cận lâm sàng hiện đại, thì việc điều trị nội khoa sớm, đúng nguyên tắc đã đem lại kết quả tốt, giảm bớt các di chứng, biến chứng và hạn chế những trường hợp phải can thiệp bằng ngoại khoa. Đặc biệt là làm hạn chế tỷ lệ vô sinh trong lao sinh dục.

8.2. Biến chứng

Trước khi có thuốc chống lao, lao hệ tiết niệu sinh dục ít khi khỏi tự nhiên, thường dẫn đến hủy hoại thận, cắt bỏ thận là phương pháp điều trị thông dụng nhất.

Ngày nay nhờ thuốc chống lao, bệnh có thể điều trị khỏi được và bảo tồn giải phẫu. Tuy nhiên về phương diện biến chứng thì điều trị bằng thuốc chống lao đường tiết niệu và cả nhu mô thận thường bị xơ hoá và dẫn đến một số biến chứng.

8.2.1. Suy thận mạn: ít khi gặp, do huỷ hoại nhu mô của hai thận, mà thường là do bít tắc đường tiết niệu gây viêm thận kẽ thứ phát.

- Chít hẹp niệu quản hai bên.
- Bàn quang xơ hoá và teo nhỏ.
- Hẹp bể thận và sỏi thận thứ phát.

Suy thận mạn do lao về lâm sàng giống như suy thận mạn do viêm thận ngược dòng và diễn biến tùy thuộc vào mức độ nặng nhẹ của sự chít hẹp đường tiết niệu, tình trạng bội nhiễm và sức đề kháng của cơ thể.

8.2.2. Suy thận cấp: Vô niệu có thể nhiều nguyên nhân: Xơ hoá, chít hẹp niệu quản hai bên, viêm bể thận, đài thận kèm theo nhiễm trùng đường tiết niệu. Sỏi thận hay sỏi niệu quản hai bên (hiếm gặp) và suy tuyến thượng thận. Suy thận cấp do lao thường có hậu quả xấu.

8.2.3. Tăng huyết áp: Tăng huyết áp có thể do hai cơ chế.

- Viêm thận ngược dòng khu trú và teo thận.
- Thiếu máu cục bộ vì có xu hướng tắc động mạch thận.

Huyết áp cao do lao tiết niệu sinh dục diễn biến thất thường, nếu kết hợp với suy thận mạn tính tiên lượng rất xấu.

9. ĐIỀU TRỊ

9.1. Điều trị nội khoa

9.1.1. Điều trị nguyên nhân: Điều trị nội khoa là chủ yếu trong mọi trường hợp lao tiết niệu sinh dục và có khả năng chữa khỏi hoàn toàn các tổn thương. Nguyên tắc điều trị lao tiết niệu sinh dục cũng giống nguyên tắc điều trị bệnh lao nói chung. Cần chú ý khi sử dụng một số thuốc như streptomycin, kanamycin, cycloserin, viomycin vì đã có tổn thương ở hệ thống tiết niệu sẽ độc đối thận.

9.1.2. Điều trị triệu chứng: Các rối loạn tiểu tiện có thể cho thêm kháng sinh thường nếu có bội nhiễm thêm đường tiết niệu. Dùng các thuốc giảm đau, giảm phù nề trong trường hợp lao sinh dục.

9.2. Điều trị ngoại khoa

Chỉ định trong một số trường hợp như: thận mất chức năng, bị huỷ hoại và ú mủ, AFB trong nước tiểu dương tính kéo dài, loại trừ tổ chức bị phá huỷ có vi khuẩn lao, phục hồi lại lưu thông đường dẫn nước tiểu khi bị tổn thương xơ gây tắc: tổn thương xơ gây tắc có thể xuất hiện trong mọi giai đoạn tiến triển của bệnh, ngay cả trong giai đoạn bệnh ổn định và được coi như để lại di chứng.

Có hai loại phẫu thuật:

- Phẫu thuật cắt để loại trừ một bộ phận bị phá huỷ. Cắt bỏ thận, cắt bỏ thận niệu quản, cắt bỏ mào tinh hoàn, hoặc phẫu thuật bảo tồn. Khi tổn thương khu trú thì cắt bỏ một phần thận.
- Phẫu thuật tạo hình: nhằm mục đích sớm chữa các tổn thương gây tắc đường dẫn nước tiểu.

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

10. PHÒNG BỆNH

Vì lao tiết niệu sinh dục là lao thứ phát sau lao sơ nhiễm nên cần phát hiện sớm và điều trị triệt để lao sơ nhiễm và các lao khác. Lao sinh dục cũng là một bệnh hệ thống của toàn bộ hệ tiết niệu, sinh dục, luôn đi sau hoặc phát hiện song song với lao thận. Để tránh lao sinh dục cần phát hiện sớm và điều trị đúng nguyên tắc lao thận.

Ở một bệnh nhân lao tiết niệu cần phải khám kỹ bìu để phát hiện sớm tổn thương mào tinh hoàn, cũng cần phải khám túi tinh vì lao túi tinh dễ lan vào mào tinh hoàn.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày triệu chứng lâm sàng của lao tiết niệu - sinh dục.
2. Trình bày triệu chứng cận lâm sàng của lao tiết niệu - sinh dục.
3. Nêu được các yếu tố chẩn đoán xác định bệnh lao tiết niệu - sinh dục.
4. Hãy kể các phương pháp điều trị và phòng bệnh lao tiết niệu - sinh dục.